

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N^o

389

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1894, à 4-heure

Par PERREY (JEAN-CHARLES)

Né à Langres (Haute-Marne), le 12 septembre 1848.
Docteur en Médecine de l'Université de Louvain.

DES ARTHROPATHIES SYRINGOMYÉLIQUES

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

BRISSAUD,
NETTER, } *agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, EDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

389

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1894, à 1 heure

Par PERREY (JEAN-CHARLES)

Né à Langres (Haute-Marne), le 12 septembre 1848.
Docteur en Médecine de l'Université de Louvain.

DES ARTHROPATHIES SYRINGOMYÉLIQUES

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

BRISSAUD, } *agrégés.*
NETTER, }

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ N...
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DES ARTHROPATHIES SYRINGOMYÉLIQUES

AVANT-PROPOS

Dans une de ses dernières leçons, M. le professeur Charcot, parlant à ses élèves des arthropathies syringomyéliques, proposait à l'un d'eux ce sujet de thèse. Telle est l'origine de ce travail. J'ai eu l'occasion d'observer le malade présenté comme exemple par M. Charcot à son auditoire ; j'ai vu aussi la malade dont M. J. B. Charcot publiait dernièrement l'histoire de l'arthropathie (2). A défaut d'observation à proprement parler personnelle, nous n'avons d'autre prétention que de résumer ici l'état actuel de la question (3).

(1) *Progrès médical*, 1893, p. 324, n° 17, 29 avril.

(2) *Revue neurologique de Brissaud et Marie*, 1894, p. 250. Nous avons vu ces malades dans le service de M. Brissaud à la Salpêtrière.

(3) Je remercie vivement M. P. Londe qui m'a largement facilité la tâche.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0094

PRÉAMBULE

Avant d'entreprendre la description des arthropathies syringomyéliques, il est indispensable de bien déterminer la place qu'elles occupent dans le tableau général de la maladie. Et d'abord qu'entend-t-on par syringomyélie ?

L'étymologie du mot indique l'existence d'une cavité médullaire. Pourtant l'hydromyélie ou hydropisie du canal central de l'épendyme est distincte de la syringomyélie. On réserve plus spécialement le nom de syringomyélie aux cavités médullaires résultant du développement d'un gliome, en mettant à part la myélite cavitaire de M. le professeur Joffroy, qui résulte d'un véritable processus inflammatoire. Comme le gliome en est la cause la plus fréquente, la seule cause pour certains auteurs (Déjerine), on est arrivé à désigner sous le nom de syringomyélie tous les gliomes même non excavés.

La syringomyélie peut occuper toute la hauteur de la moelle et du bulbe. Mais elle se localise de préférence à la région « cervico-brachiale » (Charcot) (1). Elle peut exceptionnellement rester limitée à la région lombaire. La prédilection du processus morbide pour la région cervicale nous expliquera la localisation habituelle des arthropathies aux membres supérieurs.

L'étude topographique de la lésion au début montre que le point de départ du gliome, cause de la maladie, est le plus souvent la commissure grise postérieure au voisinage de l'épendyme. L'extension de la lésion à partir de ce lieu d'origine explique la succession des symptômes qui caractérisent la syringomyélie.

Charcot divise la symptomatologie de l'affection en *symptômes intrinsèques*, c'est-à-dire relevant des lésions limitées aux diverses régions de la substance grise centrale, et en *symptômes extrinsèques*, en quelque sorte accessoires et dûs à l'envahissement ou à la compression de la substance blanche.

Parmi les symptômes intrinsèques on distingue : 1^o les symptômes

(1) *Lec. du mardi*, 1888-1889, p. 492.

polio-myéliques antérieurs, à savoir : amyotrophie musculaire à marche progressive, rappelant le type Duchenne-Aran ; 2° les symptômes *polio-myéliques postérieurs* : anesthésie à la douleur, au chaud, au froid, sans participation de la sensibilité tactile ou du sens musculaire ; 3° les symptômes *polio-myéliques médians*, groupe jusqu'ici fort problématique encore (Charcot) : divers troubles trophiques autres que ceux qui sont relatifs au système musculaire.

Les symptômes extrinsèques sont : 1° les symptômes *leucomyéliques latéraux* : parésies ou paralysies de genre spasmodique ; 2° les symptômes *leucomyéliques postérieurs* : phénomènes tabétiques divers, troubles de la sensibilité tactile, etc. De tous ces signes le plus particulier est la dissociation de la sensibilité : elle résulte de ce que les lésions de la substance grise postérieure, lésions précoces, donnent de l'anesthésie à la douleur, à la chaleur et au froid alors que la sensibilité tactile, qui dépend de l'état des cordons postérieurs, est encore intacte pour une même région. Cette dissociation, qui n'est d'ailleurs pas pathognomonique comme on l'avait cru, a cependant une grande importance.

Les arthropathies ressortissent aux troubles trophiques et par conséquent aux symptômes *polio-myéliques médians*.

Sans faire ici de pathogénie, remarquons dès maintenant que cette classification concorde avec les faits que nous envisagerons.

D'après ce que nous savons du développement du gliomè qui est péri-épendymaire, les signes *polio-myéliques médians* devront être des premiers en date. Or nous verrons combien il est fréquent de voir l'arthropathie accompagner le début de la maladie. En cela l'arthropathie syringomyélique se rapproche de l'arthropathie tabétique qui souvent, elle aussi, est précoce. Nous verrons le parallèle qu'il faut établir entre ces deux sortes d'arthropathies, les nombreux rapprochements qu'on peut faire entre elles et les quelques différences qu'il faut aussi relever.

BIBLIOGRAPHIE

1848. **Blasius**. — Beiträge zur praktischen Chirurgie. S. 64.
 1867. **Steudener**. — Beiträge zur Pathologie der Lepra mutilans. Erlangen. S. 57.
 1875. **Langhans**. — *Virchow's Archiv*. Bd. 64.
 1880. **Strümpell**. — *Archiv. für Psychiatrie*. Bd. 10.
 1882. **Schultze**. — *Virchow's Archiv*. Bd. 87.
 1884. **Remak**. — *Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 47.
 1884. **Bernhardt**. — *Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 4.
 1886. **Czerny** (3 obs.). — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie et cité par Wolf: *Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 6, 11 fév. 1889.
 1887. **Morvan** (5 obs.) (1). — *Gaz. hebdomadaire*, n° 34, p. 549. Des arthropathies dans la paréso-analgésie.
 1887. **Prouff**. — *Gaz. hebdomadaire*, n° 15, p. 249. De la paréso-analgésie.
 1887. **P. Blocq**. — *Société anatomique de Paris*, p. 83. Paraplégie spasmodique. Arthropathie du coude... Autopsie, syringomyélie. L'observation clinique avait déjà été publiée par P. Berbez dans la *France médicale*, 1885, p. 1162 sous ce titre: Essai de diagnostic d'une affection de la moelle indépendante du tabes avec arthropathie du coude gauche (voir les pièces au musée Charcot. Salpêtrière).
 1888. **Schultze**. — *Zeitschrift für klin. Med.*, Bd. 13.
 1889. **Déjerine**. — *Société médicale des hôpitaux*, 22 février 1889 (2), et thèse de Bruhl, 1890, p. 162.
 1890. **Roth**. — Zur Diagnostik der Gliomatose des Rückenmarks.
 1891. **Karg** (2 obs.). — *Langenbeck's Archiv*. Bd. 41, et *Arch. f. klin. Chirurgie*. Bd. 12, p. 101, 1890.
 1891. **Schlesinger**. — *Wiener med. Wochenschrift*. Nr. 12.
 1891. **J. Hoffmann**. — Sammlung klin. Vorträge (Volkman), n° 20.
 1892. **Sokoloff** (3 obs.). — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 34, février. Photographies de malades.
 1892. **Nissen** (3 obs.). — *Arch. für klin. Chirurg.*, Bd. 45, février.
 1892. **Parmentier**. — In thèse de Critzman, p. 82 (3).
 1892. **J. Hoffmann** (3 obs.). — *Deutsch. Jestsch. f. Nervenheilk.*, Leipzig.
 1493. **Charcot J. M.** — *Progrès médical*. Figures (obs. de Dutil).
 1893. **Gessler**. — *Med. Korrespondenzblatt. des Württemberg. ärztl. Landesvereins*, Nr. 1.

(1) A ces 5 observations Sokoloff en ajoute une autre où il s'agit d'arthrite phalango-phalangienne. Avec Graf nous ne tenons pas compte dans la statistique des arthrites des doigts.

(2) Nous avons pensé devoir ajouter cette observation à la liste de Sokoloff et de Graf, car bien qu'on y trouve peu de renseignements sur l'arthropathie, il y est signalé un « gonflement léger des extrémités inférieures du radius et du cubitus ».

(3) Observation ajoutée à la liste de Graf.

1893. **Weil.** — *Wiener med. Blätter*, n° 7, Beitrage zur Kenntniss (Prag.) der Arthritidis gliomatorum, février.
1893. **J. H. Lloyd.** — Report of a Case of Syringomyelia, with exhibition of sections of the spinal cord. — *Read before the College of Physicians of Philadelphia*, février.
1893. **Graf** (4 obs.). — Beitrage zur Klinischen Chirurgie, p. 517. Photographies de malades.
1893. **Sonnenburg.** — *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 48, p. 1161.
1894. **J. B. Charcot.** — *Revue neurologique de Brissaud et Marie*, n° 9, p. 250.

En tout 44 observations, qui représentent 60 arthropathies environ, car plusieurs peuvent coexister chez le même sujet.

(1) Graf donne aussi un cas d'arthropathies métacarpophalangiennes des 3^e et 4^e doigts.

Historique.

En jetant un coup d'œil sur les indications bibliographiques précédentes on se rend facilement compte que l'histoire des arthropathies syringomyéliques ne remonte pas bien loin. Sauf quelques observations clairsemées, ce n'est guère qu'à partir de 1880, et surtout de 1884, que l'on voit les observations se multiplier. La raison en est bien simple ; si la connaissance anatomique de la syringomyélie est déjà ancienne (1), la description clinique de cette maladie ne date que de 1882 avec Schultze et Kahler. Ce n'est qu'en 1889 que M. le professeur Debove démontra le premier en France à la Société médicale des hôpitaux les caractères cliniques de la syringomyélie.

Dans les observations de Steudener, de Langhans, de Strümpell, le diagnostic de la nature de l'arthropathie n'était donc pas possible à faire. Le diagnostic de Strümpell était paralysie spastique. Les malades des deux premiers auteurs ont été considérés comme des lépreux. Looft (cité par Gombault) (2), dans un mémoire sur l'anatomie pathologique de la lèpre anesthésique donne ces cas comme exemples de syringomyélie dans la lèpre, bien à tort suivant nous, puisque la preuve de l'existence de la lèpre n'était pas possible à faire dans le cas de Steudener daté de 1867, Hansen n'ayant découvert le bacille de la lèpre qu'en 1874. De plus le cas de Steudener ne pouvait pas être un cas de lèpre à cause de l'arthropathie (avec fracture et luxation) bien caractérisée du poignet droit. « La mutilation » de la lèpre, n'atteint qu'exceptionnellement les articulations tibio-tarsienne et radio-carpienne (Leloir), et encore ne s'agit-il pas ici d'arthropathies. Nous n'avons pas à insister pour le moment sur les ressemblances ou la coexistence de la lèpre avec la syringomyélie ; nous y reviendrons au chapitre du diagnostic.

Parmi les titres d'observations que nous avons passées en revue il en est encore un qui est étranger en apparence à la syringomyélie : c'est la maladie de Morvan, ou paréso-analgésie, ou panaris-analgésique. Mais tandis

(1) Hallopeau le premier montra en 1869 que les myélites peuvent donner lieu à la production de cavités.

(2) *Revue neurologique*, 1893, p. 378, note.

que la lèpre est distinguée de la maladie qui nous occupe, par la grande majorité des auteurs, la maladie de Morvan au contraire est rattachée à la syringomyélie et n'en est plus considérée que comme une variété depuis les travaux de MM. Joffroy et Achard (1890-1891) (1). A l'autopsie de malades atteints de maladie de Morvan, ces auteurs trouvèrent une syringomyélie typique.

A propos de la maladie de Morvan nous ferons remarquer que nous n'avons pas compté dans notre statistique les arthrites ou arthropathies des doigts si fréquentes dans ce type morbide. Ces arthrites sans doute rentrent dans les troubles trophiques mais elles sont souvent secondaires aux troubles trophiques cutanés. D'où la difficulté de leur classification.

Dans ces dernières années, on a vu se multiplier les publications sur les arthropathies syringomyéliques. A l'étranger plusieurs articles ont été écrits sur l'ensemble de la question, par exemple ceux de Sokoloff et de Graf d'ailleurs tout récents. En France, il n'y a comme travail de ce genre que la leçon de J. M. Charcot. Tout récemment J. B. Charcot vient de mettre en relief un des points les plus intéressants de la symptomatologie de cette affection.

(1) *Arch. de méd. expérimentale*, 1890, p. 540 ; 1891, p. 678.

Étiologie, Symptômes.

Siège. — Il nous paraît utile de déterminer d'abord le siège le plus fréquent des arthropathies. Leur localisation habituelle est en effet leur caractère le plus distinctif, par rapport aux arthropathies tabétiques. En compulsant toutes les observations précédemment signalées on arrive à dresser le tableau suivant :

	Côté droit	Côté gauche	Total
Epaule	8	12	20
Coude	8	6	14
Poignet	6	6	12
Hanche	3	2	5
Genou	1	3	4
Pied (tibio tarsienne)	2	2	4
Tarse	1	0	1
			60

A ce tableau nous ajouterons les faits suivants appartenant à J. Hoffmann. Dans son second mémoire 1892, J. Hoffmann rapporte l'observation de Ferdinand H. (obs. XIII) chez lequel il a trouvé en l'absence de toute arthropathie une production osseuse au-dessus du muscle anconé ; elle était longue, de l'épaisseur d'un doigt et terminée en pointe par le bas. Quoiqu'il ne s'agisse pas là d'arthropathie, ce fait devait être évidemment rapproché des précédents, car dans l'observation de J. M. Charcot, où il y avait arthropathie de l'épaule et du poignet droits, on trouvait au-dessus du coude deux productions osseuses fort analogues, l'une de la grosseur d'une noisette, située au niveau du tendon du triceps, l'autre ayant 5 cent. de long sur 4 de large, et située « manifestement dans l'épaisseur du muscle triceps ». Quoiqu'il n'y ait pas eu d'arthropathie du coude il s'agit d'une ossification péri-articulaire comme dans le cas d'Hoffmann (Fig. 4).

On pourrait encore ajouter à notre statistique un cas d'arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche également rapportée par J. Hoffmann dans son 2^e mémoire (obs. X). Nous la mettons à part pour suivre l'exemple de Graf qui ne tient pas compte de son observation

d'arthropathies métacarpo-phalangiennes des 2^e et 4^e doigts. Ces arthro-



Fig. 1. (1)

pathies métacarpo-phalangiennes ne sont donc pas rares. Il en existait une aussi dans le cas de Strümpell, etc.

Nous avons ajouté à la liste de Graf deux observations publiées avant son mémoire, l'une de Déjerine dans laquelle il est dit que les extrémités inférieures du radius et du cubitus étaient légèrement gonflées, l'autre de Parmentier où il est question d'arthropathie du genou droit. Chez le malade de Déjerine il y avait sur le cubitus, à la réunion du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs, une hyperostose du volume d'un œuf de pigeon diagnostiquée non syphilitique par Ricord.

(1) Nous remercions M. Bourneville de nous avoir prêté les clichés des dessins déjà publiés dans le *Progrès médical*. Nous remercions également M. H. Meige du nouveau dessin qu'il nous a donné.

Certains auteurs ont considéré la scoliose comme étant le résultat d'une polyarthrite vertébrale (Krœnig) (1). Roth, au contraire, pense qu'elle est d'origine musculaire, et causée par l'atrophie des muscles transversaires épineux. Brühl dit qu'elle est favorisée surtout par la contracture. Malgré cette divergence d'opinions, la scoliose rentre dans les troubles trophiques et les signes polio-myéliques médians de Charcot. C'est aussi l'opinion de Morvan, pour qui elle viendrait se placer à « à côté du panaris, de l'arthropathie, de la fracture spontanée, de l'ostéophyte ». A ce titre la scoliose rentrerait dans notre cadre ; pourtant nous la laisserons de côté : 1° à cause de l'absence de renseignements anatomiques capables de fixer la question ; 2° parce que par sa fréquence (50 0/0 Brühl) elle constitue un trouble trophique spécial qui mérite d'être étudié à part (2) ; 3° parce que son *développement progressif* n'a aucune analogie avec le début habituel de l'arthropathie. M. le Professeur Raymond rapporte un fait de C. Krœnig qui est probablement, pour le tabès, un exemple d'arthropathie vertébrale. Or dans ce cas il ne s'agissait pas de scoliose. Le malade, tabétique depuis 10 ans, perçut un craquement au moment d'une chute, et peu après se produisit un tassement de la colonne vertébrale avec diminution de la taille et raccourcissement du ventre (4). Hallion (*loc. citato*) rapportant les faits de Pitres et Vaillard et Krœnig, tabes avec déviations vertébrales variables, insiste sur la brusquerie du début.

Pour conclure, alors même que l'on prouverait l'existence de lésions articulaires dans la scoliose syringo-myélique elle resterait distincte de l'arthropathie.

D'autre part, on n'a pas encore signalé de cas d'arthropathie véritable de la colonne vertébrale chez les syringo-myéliques.

Il est temps d'en revenir à l'arthropathie proprement dite. Le tableau de ses localisations est très significatif. Elle est beaucoup plus fréquente aux *membres supérieurs*, contrairement à ce qui se passe dans le tabes, et pour le membre supérieur sa fréquence est plus grande pour les articulations les plus rapprochées de la racine du membre. Elle n'a guère plus de prédilection pour un côté que pour l'autre. Nous ajouterons qu'elle n'a presque jamais été jusqu'à présent à la fois bilatérale et symétrique. Elle peut affecter les 2 côtés du corps chez le même sujet comme dans un cas

(1) *Zeitschrift f. klin. Med.*, T. XIV, 1888.

(2) Nous renvoyons le lecteur à la thèse d'Hallion, 1892. *Des déviations vertébrales névropathiques*, Paris.

(3) *Dict. des Sc. méd.*, Art. tabes dorsalis.

de Sokoloff et un autre de Nissen (poignet droit et coude gauche, — coude droit et épaule gauche). Deux observations, celle de Schlesinger et la 3^e de Sokoloff, offrent même des exemples de bilatéralité symétrique : mais ce sont là les seuls cas de ce genre. Quand les arthropathies sont multiples, elles siègent plus souvent du même côté, au nombre de deux ou trois au plus. Ainsi on a vu se prendre à la fois l'épaule, le coude et le poignet gauches (Sokoloff), — la hanche droite, la 4^e articulation métacarpo-phalangienne droite et la tibio-tarsienne droite (Strümpell). On a vu aussi les associations suivantes : épaule et coude gauches (Nissen), ou épaule et poignet droits, ou bien genou et pied gauches (Graf). Le fait intéressant à relever nous paraît être la tendance *unilatérale* de l'affection. Nous l'opposerons à la tendance du tabes à affecter des articulations symétriques (1) particulièrement les deux hanches, (2) ou les deux genoux (3), ou les deux pieds (4), ou les deux épaules.

Les plus rares arthropathies ont été rapportées celles de la hanche par Strümpell, Schultze et Schlesinger ;

Celles du genou par Graf, Parmentier et Schlesinger ;

Celles du pied par Graf, Morvan et Strümpell.

Ces arthropathies quoique rares ne peuvent être mises en doute, grâce surtout à l'autopsie de Strümpell.

Fréquence, sexe. — La fréquence absolue des arthropathies au cours de la syringomyélie est de 10 0/0 d'après Sokoloff ; c'est en somme la fréquence des arthropathies tabétiques par rapport au tabes.

Les hommes sont 3 fois plus souvent atteints que les femmes, mais il faut dire que la syringomyélie est deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, d'après Wichmann et Bruttan, cités par Graf, et même 3 fois plus fréquente chez les premiers suivant Roth cité par Bruhl.

Age. — Graf estime que l'âge où surviennent surtout les arthropathies est 40 ans, et pourtant parmi les 4 observations qu'il en rapporte le premier signe de l'arthropathie s'est révélé 2 fois avant 20 ans, une fois à 17 ans et une fois à 9 ans. Dans le cas de Bernhardt il s'agit d'un jeune

(1) Flatow. Thèse de Berlin 1888, 41 arthropathies bilatérales sur 149 cas, et P. Marie, *Maladies de la moelle*. La bilatéralité existait 13 fois sur 60 aux genoux ; 8 fois sur 39 aux pieds ; 9 fois sur 38 à la hanche ; 6 fois sur 27 à l'épaule.

(2) Voir Arthropathie tabétique des deux hanches par P. Londe. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893.

(3) Souques et J. B. Charcot. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894.

(4) Thèse de Pavlidès, 1888, et Chauffard, *Soc. médical. des hôpitaux*, 1885. Sur 7 cas 4 fois les 2 pieds étaient pris.

homme de 19 ans. Charcot considérait la syringomyélie comme débutant dans le jeune âge ; c'est souvent entre 15 et 25 ans. Or l'arthropathie peut être un signe précurseur ; il n'est donc pas étonnant qu'elle survienne parfois chez les jeunes sujets.

Epoque d'apparition. — Ce n'est, dans beaucoup de cas, que longtemps après le début de l'arthropathie que le malade vient consulter le médecin. D'abord en effet il n'est pas gêné dans ses mouvements et la douleur, nous le verrons, est ordinairement absente. Lorsque le médecin voit pour la première fois le malade les signes poléo-myélites antérieurs atrophie musculaire et postérieurs dissociation de la sensibilité ne sont pas toujours évidents. Ainsi chez les malades de J. M. Charcot et Dutil c'est tout juste si l'on trouva une ou deux zones cutanées peu étendues présentant de la dissociation de la sensibilité. Dans deux observations de Graf l'arthropathie semble avoir été la première manifestation de la maladie. Il est à remarquer que le malade va souvent consulter un chirurgien pour sa maladie articulaire, parce qu'elle est pour lui le premier accident grave. Pour toutes ces raisons il faut admettre avec Graf que si l'arthropathie n'est pas toujours précoce elle appartient du moins à la première période de la maladie.

Pourtant l'apparition de la première arthropathie peut être relativement tardive comme chez la malade de J. B. Charcot reconnue syringomyélique depuis deux ans.

Signes antérieurs. — Les symptômes qui ordinairement précèdent les manifestations articulaires sont, dans la grande majorité des faits, les troubles trophiques cutanés du côté des mains comme dans les observations d'Hoffmann (XI, X, XII), de Nissen (I), de Czerny (II), de Karg (I), de Gessler, de Weil ; d'autres fois c'est la scoliose (obs. de J.-B. Charcot et Critzman et obs. I de Nissen). Enfin ce peut être des *douleurs fulgurantes*, exemple le cas de J. M. Charcot et Dutil. Leur malade avait eu plusieurs années auparavant des douleurs lancinantes et fulgurantes, paroxystiques, exclusivement dans les jointures, tantôt dans une articulation, tantôt dans une autre. Il est important de retenir cette particularité car de semblables douleurs font penser au tabes. J. Hoffmann aussi a insisté sur les douleurs dans la syringomyélie, mais il a relevé surtout des douleurs comparables à des brûlures ou à des sensations de froid glacé.

Prodrômes éloignés. — Mais ce qui est plus particulier c'est de voir dans certains cas la *douleur se localiser*, et en quelque sorte prédire l'articulation qui sera prise.

Ainsi dans une observation de Morvan où il s'agit d'une arthropathie de l'épaule droite (XVII) la malade ressentait depuis plusieurs années des douleurs dont le point de départ était à l'épaule et qui s'exaspéraient aux changements de temps. Le malade de Weil avait depuis 30 ans de légères douleurs à l'épaule gauche lorsqu'apparut spontanément une nuit une tuméfaction indolore de l'article.

Prodrômes immédiats. — Comme prodrômes plus immédiats encore et également localisés, nous trouvons signalés mais rarement des troubles trophiques cutanés dans la région même de l'article menacé. Le malade de Karq remarqua une petite pustule sur le côté externe de son coude droit, 3 semaines avant l'apparition d'une enflure spontanée considérable de ce même coude. Dans l'observation de Remak plusieurs grosses bulles étaient apparues au niveau de l'épaule gauche, avaient creusé un ulcère profond, et l'arthropathie s'était déclarée après guérison de l'ulcère.

Début. — Nous arrivons au début même de l'arthropathie. Il est généralement brusque qu'il soit ou non provoqué par un traumatisme violent ou léger. Quelquefois il est progressif. Enfin on a vu dans certains cas vraiment difficiles à interpréter l'article suppurer d'emblée.

Début traumatique. — Presque toujours, dit Graf, il y a un traumatisme signalé au début de l'arthropathie syringomyélique. Graf s'appuie sur les nombreux faits de Strümpell, Schultze, Nissen (I et II), Sokoloff (I) Gessler, sur ses 2^e et 3^e observations. Il s'agit dans ces cas de traumatismes importants, comme la chute d'une échelle (Nissen). La malade de Schlesinger était tombée dans l'eau ; l'action du froid peut être invoquée ici comme cause occasionnelle. D'autres fois le trauma est insignifiant ou nul. Dans l'observation I de Graf le point de départ de l'arthropathie a été un mouvement d'élévation du bras. Dans l'observation XII de G. Hoffmann, l'arthropathie ne s'est développée que 3 ou 4 jours après une chute sur le poignet. Chez la malade de J. B. Charcot, la chute eut lieu sur l'épaule gauche, et c'est en se retournant que la malade éprouve dans l'épaule droite une vive douleur.

Début spontané progressif. — Cette même malade est un exemple de début progressif de l'arthropathie. Il se développa chez elle progressivement un hydarthrose de l'épaule qui fut ponctionnée plus tard. Même début progressif, mais spontané, dans l'observation de Blocq et P. Berbez.

Début spontané brusque. — Le début spontané lui-même peut avoir lieu brusquement, exemple l'observation II de Nissen, dans laquelle sans pro-

vocation extérieure l'épaule et le coude gauche se tuméfièrent. Ici il y eut deux articulations prises à la fois.

Suppuration d'emblée. — Enfin Czerny (III), Hoffmann (1^{er} mémoire), Karg (I) ont vu la suppuration d'emblée. Dans le premier cas, sans cause apparenté, il survint avec des frissons une tuméfaction rouge, douloureuse à la main gauche. La suppuration donnait lieu à une ouverture spontanée 3 jours après et l'on trouvait une destruction ligamenteuse avec luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. La dernière phalange de l'index se gangréna. Il y avait une température de 40°5. Malgré l'amputation la mort arriva par septicémie.

Ce malade avait de l'atrophie des 2 mains, mais il n'est pas dit qu'il ait eu des ulcérations aux mains.

Chez le malade de Karg (J. B. 43 ans) il y eut ouverture également spontanée du coude droit qui contenait du sang et du pus. Les extrémités articulaires étaient privées de cartilage. Il n'y avait pas eu de douleur contrairement au cas précédent. La suppuration de l'article avait été précédée de la formation d'une pustule sur le côté externe de la région.

Ces cas en somme sont exceptionnels quoi qu'ils paraissent moins rares que dans le tabes. Nous passons donc immédiatement à la description de l'arthropathie syringomyélique typique.

Arthropathie à forme d'hydarthrose : 1° *rapide*; 2° *progressive*. — En général les choses se passent de la façon suivante.

Il se produit très rapidement un gonflement quelquefois considérable de la jointure atteinte. Que le début ait été spontané, ou bien qu'il ait été marqué par un traumatisme, le plus souvent ce gonflement est absolument *indolore* : il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la palpation de l'articulation, en un mot aucun trouble subjectif de la sensibilité.

Nous verrons que par contre il existe souvent dès cette période des troubles objectifs de la sensibilité. Le gonflement gardait un peu l'empreinte du doigt dans l'observation de J. M. Charcot et Dutil. L'absence de douleur explique l'étonnement du malade lorsqu'il découvre sa lésion soit en travaillant, soit à son réveil. Il faut même parfois une visite du médecin pour que l'arthropathie soit découverte.

L'attention du patient n'est attirée que par un vague sentiment de *gêne* au niveau de l'articulation ; il s'agissait du poignet dans le cas auquel nous faisons allusion. La tuméfaction est d'origine à la fois *périarticulaire* et *articulaire*. Les segments des membres adjacents à la jointure sont infiltrés dans une certaine étendue, et d'autre part, l'épanchement articulaire

est assez abondant pour nécessiter une ponction chez bon nombre des malades. Dans le cas de Weil l'hydarthrose de l'épaule gauche formait une tumeur *fluctuante* grosse comme la tête d'un enfant. Cette arthropathie indolore était apparue brusquement la nuit. Dans les exemples précédents on peut dire qu'il s'agit d'une *hydarthrose aiguë*, d'ailleurs sans rougeur ni sans douleur locales.

D'autre fois (J. B. Charcot) c'est petit à petit que se forme l'épanchement articulaire, c'est peu à peu qu'il atteint un volume plus ou moins considérable. C'est ce qui s'est passé aussi dans l'observation de P. Berbez. L'arthropathie revêt ici la forme d'une *hydarthrose chronique*. Le liquide que l'on retire de ces hydarthroses est tantôt limpide, tantôt trouble, quelquefois sanguinolent.

Au bout d'un certain temps, généralement quelques semaines, jusqu'à 2 ans dans le cas de Schlesinger, avec ou sans ponction, l'hydarthrose guérit en laissant ordinairement une *impotence* légère, rarement très marquée après une première atteinte. En effet si on ne les a pas déjà constatées, on découvre alors des lésions articulaires profondes. Il est pour ainsi dire constant de trouver des *craquements* en rapport avec l'état des têtes osseuses (usure des cartilages). Les ligaments et les capsules conservent désormais une certaine *laxité*. Les extrémités articulaires peuvent être à volonté luxées ou tout au moins subluxées et tandis que les *mouvements actifs* sont possibles ou impossibles, les *mouvements passifs* ont une étendue anormale. Tous ces phénomènes, pour peu qu'ils soient prononcés, sont l'indice d'une déchirure capsulaire ou ligamenteuse. L'article est alors véritablement disloqué (Schlottergelenk). On peut apprécier dans certains cas les *déformations* des épiphyses, surmontées d'exostoses articulaires. Nous avons vu qu'il pouvait exister des *productions osseuses* soit intra-capsulaires, soit extra-capsulaires. Dans d'autres cas qui semblent plus rares, au lieu de lésions hypertrophiques on trouve au contraire les os en voie d'atrophie.

Signalons en passant les lésions de la diaphyse des os ; ce sont soit des fractures spontanées comme dans le tabes ce qui est rare, soit des exostoses (exemple : obs. II de Graf).

Récidives. Arthropathies simultanées. — Dans beaucoup d'observations, ce n'est pas seulement une poussée d'hydarthrose que l'on trouve relatée, c'est 2, 3 ou davantage, et si la gêne fonctionnelle a été nulle ou peu marquée après la première, elle s'aggrave nécessairement à chaque nouvelle atteinte. La récurrence sur place est donc un des caractères de la maladie.

Nous avons déjà signalé l'atteinte successive de plusieurs articulations. C'est presque toujours du même côté et le plus souvent sur le même membre qu'une deuxième arthropathie se développe. Dans l'observation de J. M. Charcot l'épaule droite fut prise un mois après le poignet droit. Dans un cas de Sokoloff il y eut 2 ans d'intervalle entre la luxation du poignet droit et la tuméfaction indolore du coude gauche.

Dans le deuxième cas du même auteur il y eut plusieurs années aussi entre l'atteinte de l'épaule et du coude gauches. Chez son troisième malade 2 ans de distance séparent l'atteinte du coude droit et celle du coude gauche. Dans le cas de Strümpell l'articulation tibio-tarsienne s'est prise 3 semaines après la quatrième métacarpo-phalangienne. La femme de 43 ans de Nissen offre un exemple de deux arthropathies simultanées (épaule et coude gauches). L'observation III de Schlesinger est encore un exemple d'arthropathies simultanées, cette fois symétriques (1).

Forme douloureuse. — Nous avons insisté sur l'absence de douleurs dans l'arthropathie syringomyélique. C'est en effet là un des caractères qui la rapproche de l'arthropathie tabétique. Mais de même que celle-ci, la première aussi peut être douloureuse. Dans quelques cas la douleur peut être le phénomène prédominant et même exclusif. On note dans l'observation de Strümpell : chute sur le côté droit ; aussitôt fortes douleurs dans la hanche droite pendant 9 mois : Ces douleurs disparurent alors pour revenir de temps en temps dans la suite ; ces douleurs furent à un moment donné intolérables. Après un début traumatique les douleurs furent assez vives dans le premier cas de Sokoloff. Elles étaient insignifiantes dans la première observation de Nissen. Il faut remarquer que les malades qui ont eu de la douleur, comme les précédents, avaient subi un traumatisme. Exemple encore du cas de Schlesinger.

Troubles objectifs de la sensibilité. — *Dissociation localisée et concomitante.* — Pour en revenir à la règle générale on voit des malades s'étonner eux-mêmes du peu de douleur qu'ils ont éprouvé étant donné la gravité du traumatisme qui a marqué le début de l'arthropathie. Cette analgésie, tout au moins relative, nous amène à parler du phénomène le plus important qui soit associé à l'arthropathie, à savoir la dissociation de la sensibilité. Il existe une superposition très remarquable et même très précise dans quelques cas de la localisation de l'arthropathie et de la localisation de ce trouble objectif de la sensibilité. Dans l'observation si inté-

(1) L'auteur ne précise pas les jointures atteintes, il dit simplement : les articulations des deux jambes dans leur ensemble (sammtliche).

ressante de J.-B. Charcot, il semble bien y avoir eu en outre coïncidence dans l'apparition de ces deux phénomènes. Dans celle de J. M. Charcot et Dutil, la dissociation de la sensibilité n'existait qu'au niveau des deux zones, précisément superposées aux arthropathies de l'épaule et du poignet. Dans quelques observations l'analgésie et la thermo-anesthésie de la région ont paru précéder l'arthropathie.

Ainsi chez certains malades on trouve noté des cicatrices disséminées de brûlures anciennes et notamment au niveau de la jointure prise.

La question est de savoir si, l'arthropathie existant, il y a toujours analgésie et thermo-anesthésie de la peau et des parties profondes. Pour ce qui est de la sensibilité cutanée, la règle quoique générale ne paraît pas absolue. Dans le troisième cas de Graf on trouve notée la conservation de la sensibilité à la température au genou gauche affecté depuis l'enfance d'une arthropathie syringomyélique. Il existait par contre de l'hyperesthésie localisée à ce niveau avec sensation de chaleur.

On trouvait d'ailleurs chez ce malade une diminution de la sensibilité à la douleur et à la température aux deux jambes.

Chez le sujet de Lloyd il n'y avait pas non plus superposition de troubles objectifs de la sensibilité et de l'arthropathie (hanche droite).

La sensibilité des parties profondes a pu être appréciée lors des interventions chirurgicales (1). Or il est remarquable de voir que presque toutes ces opérations ont été faites sans anesthésie, et cependant sans douleur pour le malade. Jamais du moins les observateurs n'ont particulièrement signalé de douleurs dans ces opérations. Nous verrons quelle importance ces faits ont pour le diagnostic et comment ils éclairent la pathogénie de l'affection.

Troubles subjectifs de la sensibilité. — Troubles vaso-moteurs. — Nous avons noté la douleur comme prodrome de la lésion articulaire; nous avons insisté sur ce fait que la douleur, quand elle existe, n'est pas en général en rapport avec les désordres articulaires. Nous ne reviendrons pas sur ces faits, nous contentant d'ajouter qu'au cours de l'arthropathie devenue chronique les malades ont parfois des périodes douloureuses (Exemple : malade de J.-B. Charcot).

Quant aux troubles vaso-moteurs nous les avons signalés également comme signes précurseurs sur la peau. Au moment où se fait l'arthropathie ils sont essentiellement liés à la production de l'arthropathie elle-

(1) Voir le mémoire de A. Chipault, *Rev. chirurgie*, 1891.

même et de l'infiltration périarticulaire. Celle-ci est aussi attribuable dans certains cas, pour les arthropathies tabétiques du moins, à une rupture capsulaire (Debove).

Evolution. — L'arthropathie a pour conséquence un certain nombre de désordres articulaires ou périarticulaires sur lesquels nous devons revenir.

Les *craquements* sont chose vulgaire. Ils peuvent constituer dans quelques cas l'unique symptôme de la lésion. Habituellement accessoires ils sont remarquables à la fois par leur intensité et leur indolence, tout au moins relative. Ils sont dus surtout au frottement des surfaces articulaires dépouillées de leur cartilage et quelquefois à des *fractures parcellaires* semblables à celles que Charcot a décrites dans les arthropathies tabétiques.



Fig. 2.

Les *luxations* sont ou bien temporaires, récidivistes ou bien permanentes. Le malade de J. M. Charcot offrait un bel exemple de luxation permanente de la tête du cubitus au poignet, ou inversement « subluxation du carpe vers la face antérieure des os de l'avant-bras ». Elle était réductible, mais, comme il arrive souvent, difficile ou même impossible à maintenir réduite. C'est dans ces cas qu'une thérapeutique appropriée peut rendre le plus de service au malade (Voir fig. 2).

Les luxations peuvent apparaître soit dès le début, soit après la disparition de l'épanchement articulaire.

Dans des cas exceptionnels on a vu (Blasius) l'issu des os luxés à travers la peau.

À côté des *luxations* il faut signaler les attitudes vicieuses qu'entraînent les déformations des têtes osseuses. Aussi dans l'observation de Roth (variété hypertrophique) le coude gauche était fortement fléchi à 100°. Les

extrémités articulaires étaient fortement épaissies et bosselées. Il y avait deux fistules conduisant sur un séquestre.

On note souvent comme dans l'arthropathie tabétique une déviation de l'axe des membres malades.

Nous n'insisterons pas pour le moment sur les déformations articulaires dont la description trouvera mieux sa place à l'anatomie pathologique. Contentons-nous de dire qu'elle résulte d'une hypertrophie osseuse, le plus souvent. La région atteinte conserve de ce fait même et en dehors de tout épanchement une tuméfaction généralisée. Mais à ce titre on peut distinguer suivant Charcot une forme atrophique rare et une forme hypertrophique plus commune. Contrairement à ce qui se passe dans le tabes la forme hypertrophique ne tend pas nécessairement vers l'atrophie. Le type atrophique a été rencontré notamment dans l'observation II de Karg ; chez le malade en question les extrémités articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus droits manquaient au coude sur une longueur de 5 à 10 centimètres. Dans le 2^e cas de Nissen la tête de l'humérus était également atrophie. On trouve de nombreux exemples de la forme hypertrophique. Souvent les deux processus sont associés. Ainsi on voit signalées dans la première observation de Nissen l'atrophie de la tête humérale à côté de l'hypertrophie de la cavité articulaire.

Il n'est pas fréquent que l'atrophie musculaire soit superposée à l'arthropathie. Cependant cela se voit. Ainsi chez le malade de J. M. Charcot « les muscles de l'épaule droite ont subi un degré notable d'atrophie et cette atrophie a bien les caractères d'une amyotrophie d'origine spinale ; elle s'accompagne en effet de contractions fibrillaires des plus nettes ». Il n'y a pas là d'ailleurs d'étroite corrélation comme entre l'arthropathie d'une part, l'analgésie et les troubles de la sensibilité thermique d'autre part.

Chez le malade précédent, il existait en outre une déformation musculaire périarticulaire qui était probablement le résultat de l'altération de l'humérus. La masse charnue du biceps était raccourcie et contournée comme si le tendon du muscle était devenu trop long, par suite peut-être du glissement de ce tendon en dehors ou en dedans de la coulisse humérale dite « bicipitale ». Peut-être y avait-il eu rupture ou arrachement du tendon à son insertion. Quoiqu'il en soit de l'interprétation, le muscle avait pris une apparence à la fois athlétique et monstrueuse.

Complications. — L'évolution essentiellement chronique ou passagèrement coupée de poussées aiguës, des arthropathies syringomyéliques

peut être brusquement modifiée par l'apparition insolite de la suppuration. La suppuration est notée dans 7 cas au moins [Steudener, Laughans, Czerny (cas 2), Karg (cas 1 et 2), Roth, Hoffmann, [1^{er} mémoire]. Presque toujours il s'agit du poignet, deux fois seulement du coude. En présence de cette localisation prédominante, il est permis d'incriminer une infection dont le point de départ serait les solutions de continuité cutanées si fréquentes aux extrémités supérieures. Cette pathogénie serait attribuable du moins aux arthropathies secondairement suppurées. Jamais l'examen bactériologique n'a été pratiqué. Néanmoins il faut établir suivant nous une distinction très nette entre les arthropathies suppurées secondairement avec réaction fébrile et les arthropathies suppurées d'emblée sans réaction comme Karg en cite un exemple.

Dans ce cas le pus mêlé de sang se fit jour spontanément. La pathogénie de cette dernière forme reste entourée de la plus grande obscurité. S'il s'agit d'une infection dont l'origine serait dans le cas de Karg la pustule (trouble trophique cutané), qui a précédé l'arthropathie, il devrait y avoir réaction fébrile, et signes inflammatoires locaux. L'absence de douleur n'a, nous le savons, rien qui doive étonner dans une arthropathie syringomyélique. Par contre, on a incisé une arthropathie à cause d'une élévation de température sans retirer de l'articulation autre chose qu'une sérosité transparente, sanguinolente (Sokoloff).

Le pronostic de ces arthropathies suppurées varie donc considérablement suivant qu'il s'agit d'une véritable arthropathie suppurée d'emblée sans réaction ni locale, ni générale — ou d'une arthropathie avec nécrose (cas de Roth) car la nécrose est une complication de plus à signaler, — ou d'une arthropathie compliquée d'arthrite, d'infection évidente pouvant se terminer par la pyohémie. La première n'a qu'une gravité très relative. La seconde est évidemment plus grave. La troisième est extrêmement grave ; il faut remarquer qu'elle ne se développe que dans un état de cachexie assez prononcé.

L'arthropathie suppurée simple guérit par l'arthrotomie (Sokoloff). L'arthropathie avec nécrose aboutit à l'établissement de fistules. L'arthropathie avec arthrite infectieuse peut aboutir à la mort.

Pronostic. — Même en dehors de la suppuration, qui est exceptionnelle, l'arthropathie syringomyélique a par elle-même une certaine gravité. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'infirmité qui résulte de la dislocation d'une articulation (Schlottergelenk). Nous avons vu d'autre part qu'il existait des degrés dans l'intensité des lésions depuis le plus simple cra-

quement jusqu'à la dislocation complète. Il y aurait donc lieu de distinguer ici comme pour les arthropathies tabétiques (Charcot), une forme bénigne (1) et une forme maligne avec pas mal d'intermédiaires.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Ce chapitre comporte deux divisions : 1^o Lésions articulaires et périarticulaires ; 2^o Lésions de la moelle, des nerfs, etc.

La première partie de cette étude, seule, a été faite. Quant aux lésions nerveuses qui tiennent sous leur dépendance l'arthropathie, leur histoire n'est même pas ébauchée pour ce qui est de la syringomyélie. La pathogénie en un mot de l'affection appartient au domaine de l'interprétation par hypothèse.

Lésions articulaires et périarticulaires. — Elles ont été étudiées non seulement à l'autopsie des malades, mais encore et surtout au cours des arthrotomies ou des résections entreprises dans le but d'améliorer l'état d'une articulation malade, impossible à traiter par de simples moyens orthopédiques (2). La première arthrotomie, opération indiquée dans l'arthropathie suppurée, a été faite par Steudener. Mais dans les cas de suppuration on peut admettre que l'aspect de la jointure a été modifié par la présence du pus et les phénomènes inflammatoires. Ce sont les résections, pour arthropathie simplement trophique, qui sont le plus favorables à l'étude. La première a été faite par Blasius ; viennent ensuite les opérations de Czerny et de Sokoloff, etc. Ces opérations nous renseignent surtout sur les lésions de l'articulation des coudes pour laquelle on est le plus souvent intervenu. Ce sont des altérations hypertrophiques en général ; celles-ci d'après Graf sont en effet plus fréquentes au coude et au poignet ; la variété atrophique se rencontre surtout à l'épaule. Les pièces du Musée de la Salpêtrière sont aussi celles d'un coude (obs. de P. Berbez et P. Blocq). (Voir fig. 3).

A l'épaule la tête humérale d'une part, la cavité glénoïde d'autre part, peuvent être tantôt épaissies, tantôt détruites. La coïncidence des processus hypertrophique et atrophique peut exister non seulement dans la même articulation, mais sur le même os.

(1) La forme bénigne de l'arthropathie tabétique comportait elle-même l'hydarthrose.

(2) Pour tout ce qui a trait à la question traitement, qui en somme est surtout du ressort de la chirurgie, nous renvoyons le lecteur au très intéressant article de A. Chi-pault : De quelques interventions récentes pour arthropathies trophiques, *Revue de chirurgie*, 1891, p. 1037.

Dans la variété hypertrophique on constate non seulement une prolifé-

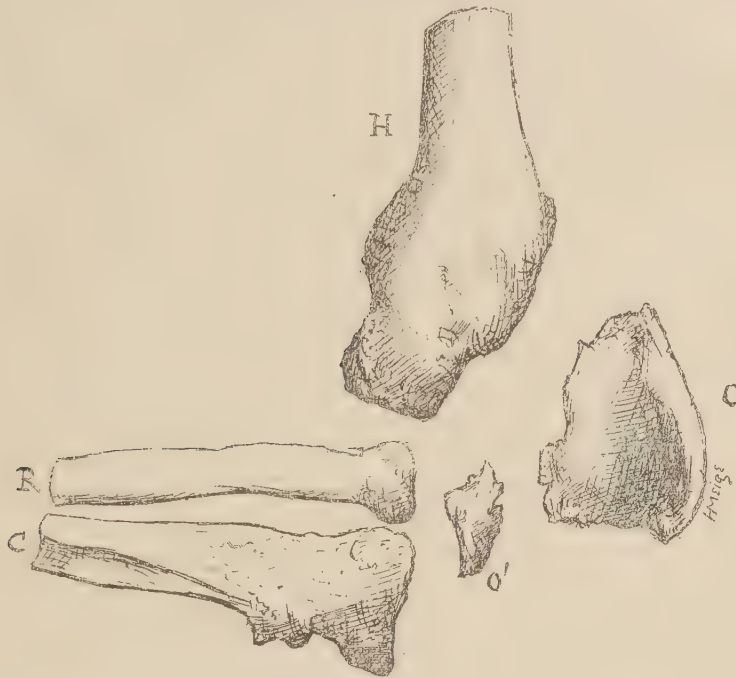


Fig. 3.

ration osseuse (ostéophytes) mais aussi une néoformation du tissu conjonctif qui remplit quelquefois la cavité articulaire. Des fragments, détachés des extrémités osseuses, flottent, souvent nombreux, libres ou fixés par un pédicule conjonctif. Sur l'os lui-même on trouve un épaissement de la substance compacte (Nissen). Les cartilages sont détruits ou il n'en reste que la périphérie. La synoviale distendue présente une couronne de villosités hypertrophiées. La capsule est épaissie et par place ossifiée. Sokoloff pense que les productions osseuses extra-capsulaires distinguent les arthropathies tabétiques et syringomyéliques de l'arthrite déformante ; le relâchement des ligaments, la dégénérescence graisseuse des muscles voisins appartiennent aussi aux arthropathies neuropathiques.

Quant aux productions osseuses extra-articulaires il est difficile de leur assigner un siège précis soit dans les aponévroses, soit dans les tendons, soit dans les muscles, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. On ne possède pas d'examen microscopique, ni d'examen chimique.

Pathogénie. — Les arthropathies syringomyéliques dépendent-elles d'une lésion médullaire? et de laquelle? Telles sont les questions que nous devons poser sinon résoudre dans ce chapitre. La réponse à la première question ne nous paraît pas douteuse: C'est bien la lésion médullaire qui entraîne l'arthropathie. Ne voyons-nous pas celle-ci affecter une localisation correspondant à la syringomyélie? Les arthropathies des membres supérieurs sont de beaucoup les plus fréquentes parce que la lésion siège de préférence à la partie supérieure de la moelle. D'autre part elles sont si rarement symétriques parce que le gliôme est généralement très asymétrique dans son développement. Doit-on faire entrer en ligne de compte ici les névrites périphériques? Rien ne le fait supposer. Si l'on a décrit des névrites périphériques dans l'arthropathie tabétique (Pitres et Vaillard, Déjerine), on a décrit aussi des cas sans névrite périphérique (Reboul). La symétrie fréquente des arthropathies tabétiques, leur développement soudain et rapide plaident en faveur de leur origine médullaire. Dès le commencement de leur histoire, c'est dans la moelle que l'on a cherché la lésion causale (Charcot et Joffroy) (1).

Mais on ignore encore quelle est la lésion médullaire de l'arthropathie. Tout ce qu'on peut faire pour le moment c'est de chercher le rapport qu'il y a entre la lésion médullaire inconnue et les troubles trophiques articulaires. Ces derniers se produisent sans doute dans des conditions analogues à celles qui accompagnent la production des troubles trophiques cutanés: ces conditions sont l'analgésie et la thermo-anesthésie. Pour ce qui est de l'analgésie profonde articulaire, nous avons vu qu'elle a coïncidé avec l'arthropathie toutes les fois qu'on a pu la constater dans une opération. D'autre part nous avons vu la thermo-anesthésie cutanée être superposée à l'arthropathie (J. M. Charcot, J. B. Charcot). Malheureusement toutes les observations ne sont pas claires sur ce point particulier. Dans une observation de Graf où cette thermoanesthésie cutanée n'existait certainement pas il y avait cependant des troubles subjectifs de la sensibilité à la température (sensations de chaleur). M. Marinesco établit une étroite relation entre les troubles trophiques d'une part (2), les troubles de la sensibilité à la douleur et à la température d'autre part. Il n'est pas besoin de faire intervenir ici l'existence hypothétique du centre ni des nerfs tro-

(1) *Arch. physiol.*, 1870.

(2) Marinesco et Sérieux. Sur un cas de lésion traumatique du trijumeau et du facial. *Arch. de physiologie*, 1893.

phiques. Charcot rejetait cette hypothèse. M. Brissaud émettait dernièrement la même opinion dans une de ses leçons à la Salpêtrière (1). Nous renvoyons le lecteur à cette leçon très suggestive.

(1) Leçons du 4 et du 11 mai 1894, recueillies par M. H. Meige. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, nos 4 et 5.

Diagnostic.

On peut avoir à faire le diagnostic de l'arthropathie syringomyélique dans deux conditions très différentes suivant qu'il s'agit d'une syringomyélie confirmée ou d'une affection non déterminée encore. Dans ce dernier cas c'est l'étude de l'arthropathie qui permettra parfois de reconnaître la syringomyélie elle-même.

Chez un sujet reconnu syringomyélique on ne confondra guère l'arthropathie qu'avec une arthrite déformante ou avec une lésion articulaire purement traumatique.

L'arthrite déformante n'a ni le début brusque, ni l'évolution rapide, ni l'apparence disloquante de l'arthropathie. Elle est plus souvent douloureuse, il n'y a jamais d'épanchement notable. Si l'arthropathie syringomyélique eût été connue plus tôt, on eût abrégé sans doute les discussions (Virchow, Sir J. Paget) qui se sont longtemps opposées à l'établissement de la maladie de Charcot.

Il pourra être difficile de se prononcer d'emblée sur la nature d'une lésion articulaire (luxation par exemple) consécutive à un traumatisme chez un syringomyélique. S'il est reconnu que le traumatisme a été grave ce qui sera le premier point à éclaircir, l'indolence ne sera pas un signe suffisant. Il faudra tenir compte de l'absence de phénomène inflammatoire et surtout de l'évolution, grand épanchement, production d'ostéophytes, récidence, etc. D'ailleurs il est permis d'admettre que dans certains cas une articulation traumatisée ne devient arthropathie que secondairement.

Nous passons au second point du diagnostic. Une arthropathie syringomyélique précoce ne peut guère être confondue qu'avec une arthropathie tabétique. Pourtant puisqu'on a pu prendre pour des lépreux des syringomyéliques avec arthropathies, nous dirons un mot de ce diagnostic.

Diagnostic avec la lèpre. — Nous avons vu dans l'historique plusieurs cas d'arthropathies syringomyéliques mises sur le compte de la lèpre du vivant du malade. Il est vrai que ces observations appartiennent à une époque où la syringomyélie était peu ou pas connue. Les signes à invo-

quer en faveur de la *syringomyélie* sont d'après Marestang (1) : « la dissociation des troubles sensitifs, dite syringomyélique ; l'intégrité des muscles superficiels de la face ; l'absence de taches sur la peau ; l'intégrité du système pileux ; les déviations de la colonne vertébrale ». Sont au contraire en faveur de la lèpre pour le même auteur les signes suivants : l'abolition de la sensibilité tactile ; l'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face ; l'épaississement des nerfs avec renflements nodulaires ; la présence de taches sur le corps, surtout si celles-ci sont insensibles ; la résorption spontanée des phalanges ; des altérations excessives des ongles ; la chute complète ou partielle des poils ; la présence du bacille de Hansen dans les parcelles des tissus ulcérés. La résorption spontanée des phalanges qui s'accompagne quelquefois d'amincissement de la peau mais jamais d'inflammation ni d'œdème, peut envahir les métacarpiens et les métatarsiens et amener le raccourcissement et l'amincissement des mains et des pieds. En somme il n'y a rien là de semblable à ce que nous avons observé dans la syringomyélie. Jamais les lésions articulaires de la lèpre ne remontent au-delà des articulations radio-carpiennes ou tibio-tarsiennes qu'elle n'atteint qu'exceptionnellement. La dissociation de la sensibilité est exceptionnelle dans la lèpre et quand elle existe les limites de son territoire au lieu d'être nettes et droites sont beaucoup plus découpées. Enfin les taches achromatiques ou hyperchromiques n'appartiennent qu'à la lèpre. Par contre la scoliose est un signe de syringomyélie.

Il n'était peut-être pas inutile d'insister puisque dans ces derniers temps on a voulu assimiler la syringomyélie à la lèpre. Bien plus on vient de prouver anatomiquement la coïncidence de la syringomyélie et de la lèpre (2). Quelles que soient les conclusions qui sortiront du débat, quoique nous sachions déjà que la syringomyélie puisse être l'aboutissant de maladies différentes, il n'est pas sans intérêt de constater qu'il n'y a pas dans la lèpre d'arthropathies telles que celles de l'épaule, du coude par exemple. Ces arthropathies seraient donc un moyen de diagnostic clinique de la syringomyélie par gliose spinale.

Le diagnostic peut rester hésitant entre une *arthropathie tabétique* et une arthropathie syringomyélique. Nous n'en voulons pour preuve que le

(1) Marestang, Diagnostic différentiel de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie. *Revue de médecine*, 1891, p. 781.

(2) Un cas de syringomyélie causée par la lèpre. (*Un caso de syringo-miela dipendente dalla labbra*) par Souza-Martins de Lisbonne. *Congrès médical international de Rome et Revue neurologique*, 1894, p. 307, n° 10.

cas de J. M. Charcot. Les arthropathies chez le sujet en question présentaient les allures classiques de l'arthropathie tabétique. Depuis 7 ans il avait des douleurs à caractère fulgurant ; il avait eu au début de l'hypéresthésie plantaire. Le seul caractère un peu particulier des douleurs ful-

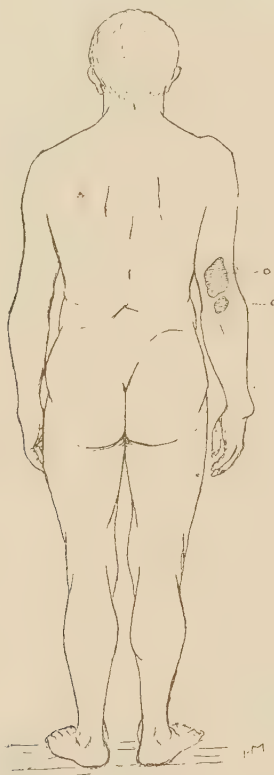


Fig. 4. — Arthropathie syringo-myélique de l'épaule et du poignet.
Ostéome du tendon du biceps (OO')

gurantes avait été leur localisation au voisinage des jointures. Mais la rapidité de leur invasion, l'hypéresthésie cutanée qui les accompagnait, ajoute M. Charcot, leur violence, leur apparition sous forme de crises, la description qu'en avait tracé le malade répondaient bien au type classique des douleurs fulgurantes du tabes dorsalis. Il est vrai qu'il y avait eu des bulles sur les mains, mais à la rigueur ces derniers symptômes n'excluaient pas le tabes. Enfin on découvrit l'atrophie musculaire et la dissociation de la sensibilité (Voir fig. 4).

Il faut savoir que la valeur de ce symptôme n'est pas absolue. Voici ce qu'en dit M. Raymond (1). «... On retrouve la dissociation dans beaucoup d'autres maladie, l'hystérie (Charcot), la névrite alcoolique (Lance-reaux), la névrite traumatique (J. B. Charcot), la lèpre (Babinski, Leloir), l'hématomyélie (Minor), l'ataxie locomotrice (Parmentier), enfin je l'ai vu une fois, mais de la façon la plus nette, chez un malade atteint de tumeur extra-médullaire ». On la rencontre aussi dans la méningomyélite syphilitique (2).

Ce qui permet dans le cas de M. Charcot de faire le diagnostic c'est l'ensemble des signes positifs précédents et l'absence de tout phénomène tabétique autre que les douleurs fulgurantes. Mais comme nous l'avons déjà relaté, ces douleurs ont été signalées dans la syringomyélie. Bruhl les a notées 7 fois sur 36 cas. Elles n'en éveillent pas moins l'hypothèse possible de tabes. Aussi faut-il chercher s'il est possible de distinguer l'arthropathie syringomyélique par les caractères propres à chacune de ces arthropathies.

Dans un rapide parallèle qui nous servira de *conclusion*, voyons donc en quoi elles diffèrent et en quoi elles se ressemblent.

Les arthropathies syringomyéliques se séparent surtout des arthropathies tabétiques par leur siège. Nous rappellerons que d'après la statistique de Barré qui porte sur 56 cas, de tabes dorsalis :

Le genou a été pris	33 fois
La hanche	15 —
Les articulations du pied	11 —
L'épaule.	10 —
Le coude	8 —
Les articulations de la main.	4 —

Il est donc évident que le tabes atteint de préférence les articulations du membre inférieur tandis que la syringomyélie a une prédilection plus marquée encore pour les articulations du membre supérieur. Si l'on ajoute à ce caractère la tendance à la symétrie de la première maladie, la tendance à l'inulatéralité de la seconde, nous en aurons fini avec les signes

(1) *Arch. de neurologie* 1895, p. 125, n° 78. — *Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière.*

(2) Voir par exemple *Médecine moderne, méningo-myélite syphilitique avec rachialgie nocturne*, 1893, P. Londe. Dans ce cas qui était caractérisé par le syndrome de Brown-Séquard la dissociation existait très nettement sur le membre inférieur du côté opposé où siégeait le maximum de la rachialgie.

les plus distinctifs, peut-être les seuls qui séparent les arthropathies tabétiques et syringomyéliques. A propos du siège nous ajouterons cependant que la généralisation des arthropathies ne s'est rencontrée jusqu'à présent que chez des tabétiques. Ainsi chez de tels malades on a vu les associations suivantes : dans un cas (1) les articulations : temporo-maxillaire, épaule, hanche, genou, les os iliaques et péroné étaient pris ; dans un autre cas les deux fémurs, les avant-bras, la colonne vertébrale, l'omoplate.

Disons-nous avec Sokoloff que c'est à l'arthropathie tabétique qu'appartiennent les gros épanchements, l'évolution chronique ? La revue critique que nous avons faite nous interdit d'attribuer exclusivement ces particularités à l'arthropathie du tabes. Bien au contraire nous sommes frappés avec Graf des ressemblances profondes qui permettraient en quelque sorte d'attribuer à la syringomyélie le tableau de la maladie de Charcot.

Dans l'arthropathie tabétique on a précisément insisté sur la même indolence, les mêmes désordres articulaires, l'arthropathie tabétique, elle aussi, est digne du nom de « Schlotter gelenk ». Même dans les exceptions nous trouvons des ressemblances. Ainsi, sur 54 cas d'arthropathies tabétiques, dit M. Quénu (2), 20 étaient douloureux et 34 indolents. La suppuration aussi a été notée dans le tabes. M. Charcot dès l'année 1875, le 28 mai disait à la Société anatomique qu'il connaissait 3 cas de suppuration sur 50 observations, à propos des cas de Bourceret. Dans le tabes la suppuration se manifeste avec les mêmes symptômes singuliers avec ou sans élévation de température. Le malade de Bourceret semble être mort de pyohémie. Le genou du côté de la hanche arthropathique était suppuré comme la hanche. Ainsi, en admettant que l'arthropathie syringomyélique est plus exposée à la suppuration, probablement en raison des troubles trophiques cutanés, ce n'est qu'une nuance.

Les troubles trophiques cutanés localisés au niveau de l'arthropathie sont sans doute plus spéciaux à la syringomyélie.

L'arthropathie tabétique de même que l'arthropathie syringomyélique débute plus souvent soudainement, plus rarement graduellement. Le traumatisme y est moins souvent noté (9 fois sur 88 cas, Comité de Londres).

Enfin au point de vue de l'anatomie pathologique, les processus hypertrophique et atrophique, l'association des deux processus (Babinski) sur le même os appartient à l'une et à l'autre arthropathies.

(1) Charcot, *Congrès de Londres*, 1881.

(2) *Traité de chirurgie*, t. III, art. arthropathies.

Ainsi pour conclure, le meilleur signe qui permettrait de les distinguer, celui qui par exemple a eu le plus d'importance dans le cas de J. M. Charcot, serait la dissociation localisée de la sensibilité. Encore n'est-ce pas là un symptôme ressortissant à l'arthropathie elle-même. Il n'y a pas en réalité de caractère arthropathique distinctif. Aussi le diagnostic, comme presque toujours, doit-il s'appuyer sur une analyse minutieuse de l'ensemble des symptômes présentés par le malade. Si l'on cherchait à se baser sur l'aspect de l'arthropathie seulement, on s'exposerait à l'erreur.

Traitement.

1° *Arthropathie trophique simple : ponction, résection.* — Nous nous bornerons ici à résumer les règles de l'intervention chirurgicale dans les arthropathies syringomyéliques. Elles nous paraissent être les mêmes que celles que A. Chipault a fixées dans les arthropathies trophiques en général. Nous avons vu que les désordres articulaires dans la syringomyélie se résument en trois faits principaux : 1° hydarthrose ; 2° suppuration ; 3° déplacement et déformation des têtes osseuses. A ces trois symptômes correspondent trois modes d'intervention qui ont chacun leur indication distincte ; ce sont : la ponction, l'arthrotomie, la résection. L'arthrotomie en somme ne s'adresse qu'à une complication indépendante de l'arthropathie trophique, proprement dite. Nous verrons donc d'abord l'indication des deux autres opérations.

Voici quels sont les faits de résection rapportés par A. Chipault.

En 1848, Blasius « chez un malade présentant tous les symptômes d'une syringomyélie, fit la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus, luxé à travers la peau, à la suite d'un mouvement violent pour fermer une porte ».

Sokoloff a fait chez une syringomyélique de 40 ans la résection du coude puis celle de l'épaule. « La malade, 3 ans après un traumatisme grave de l'épaule gauche (chute d'une échelle), présentait, avec un deltoïde très atrophié, une luxation dans l'aisselle de la tête humérale, amincie, et déformée, facilement réductible, mais sans permanence dans la cavité glénoïde, agrandie. L'acromion était abaissé, épaissi, le membre peu mobile volontairement, mais d'une mobilité passive très exagérée ; lors des mouvements du tronc, il se balançait dans tous les sens sans douleur. Du côté du coude fléchi à 140°, l'extrémité inférieure de l'humérus était à peine reconnaissable, l'olécrane fracturé, accolé à la face postérieure du bras, l'apophyse coronoïde énorme pouvant faire croire, au premier abord, à une luxation de l'avant-bras en avant » (1). Une première opération consiste à creuser dans l'apophyse coronoïde une cavité semi-lunaire des-

(1) A. Chipault, De quelques interventions récentes pour arthropathies trophiques, *Revue de chirurgie*, 1891, p. 1037.

tinée à loger l'extrémité inférieure de l'humérus arrondie à la lime. Le radius réséqué fut fixé par des fils de soie à l'humérus, pour empêcher les mouvements de latéralité. Après l'opération qui réussit bien, l'amplitude des mouvements augmenta très notablement. Une deuxième opération consista à fixer la tête humérale à l'acromion, la cavité glénoïde étant complètement détruite.

Sokoloff fit aussi la résection du coude chez un syringomyélique de 23 ans ; mais après l'opération des fistules persistèrent et l'impotence resta la même (1).

D'après A. Chipault la conduite à suivre dans les arthropathies trophiques est la suivante :

1° Immobilisation à l'aide d'un appareil orthopédique ; pour éviter l'aggravation des lésions, les poussées aiguës, les luxations.

2° Evacuation du liquide épanché s'il est trop abondant. Nous avons vu que les grands épanchements étaient plus rares dans la syringomyélie que dans le tabes dorsal.

3° Arthrotomie discrète en cas de fragments osseux mobiles.

4° Résection. Mauvaise dans les arthropathies tabétiques atrophiques, elle est meilleure dans les arthropathies tabétiques hypertrophiques, meilleure encore dans les arthropathies hypertrophiques.

« L'arthroplastie, tentée par Sokoloff dans un cas d'arthropathie syringomyélique, ayant pour but de donner aux extrémités osseuses hyperostées une forme aussi voisine que possible de la forme normale, pourrait peut-être remplacer la résection dans un certain nombre de cas. L'arthrodèse, tentée par Sokoloff, pourra peut-être immobiliser quelques articulations ballantes, non complètement détruites » (A. Chipault).

5° L'amputation n'est indiquée que lorsque les lésions articulaires sont assez intenses pour constituer à elles seules une infirmité rendant la vie active presque impossible. « On taillera du reste les lambeaux aussi loin que possible de l'articulation malade et si le tissu où on les coupe est malgré cela sclérosé, dur on les fera longs et larges, à cause du peu de mobilité du pédicule du lambeau ». Il faut se rappeler que ces tissus dystrophiés saignent beaucoup ; l'hémostase y est difficile.

Nous n'avons rien à ajouter à ces indications. Nous nous bornerons à insister sur les moyens orthopédiques qui certainement pourraient rendre

(1) Obs. déjà publiée par Rott, *K'diagnostike spinno mozgovago gliomatosa Mokva*, 1890.

les plus grands services comme dans le cas de J. M. Charcot, par exemple.

2° *Arthropathie trophique suppurée*. — La première arthrotomie faite pour arthropathie syringomyélique suppurée remonte à Steudéner qui incisa l'articulation du poignet pleine de pus, et trouva la première rangée du carpe détruite, l'extrémité inférieure du cubitus érodée et usée, celle du radius épaissie, recouvertes d'ostéophytes. Dans ce cas d'ailleurs « les symptômes médullaires étaient très avancés et de plus existaient des arthropathies multiples des doigts, du coude et une fracture spontanée de l'humérus ».

Czerny a fait avec succès la résection de la tête humérale subluxée dans une arthropathie syringomyélique suppurée. Le même auteur a dû faire l'amputation du bras à un syringomyélique pour une arthrite suppurée du poignet. Mais les muscles de la main et du poignet étaient décollés par le pus et le malade mourut d'infection purulente.

Sokoloff rapporte le fait suivant : « Il s'agit d'un syringomyélique qui tout d'un coup en même temps qu'apparaissaient des symptômes généraux graves vit se développer une arthrite du coude avec gonflement, craquements et sans douleurs. En même temps survenait à la face postérieure de l'avant-bras, une collection qui incisée donna issue à un liquide fibrino-purulent. Les symptômes généraux ne s'amendant pas, Sokoloff fit l'arthrotomie : il n'y avait pas de pus, mais un liquide sanguinolent et visqueux. Le résultat fonctionnel fut du reste assez satisfaisant et le malade sortit de l'hôpital avec une bonne articulation mobile ».

En résumé, lors d'arthropathie suppurée il faut ouvrir l'articulation ; si le pus s'est diffusé, que l'état général infectieux soit grave, amputation.

Contre-indications opératoires. — Ne pas ponctionner les poussées d'hyarthrose éphémère ; ne pas intervenir autrement que par la ponction chez les malades en état général grave, ou atteints d'arthropathies multiples. Ce dernier cas d'ailleurs est moins fréquent que dans le tabes.

OBSERVATIONS

1° *Observations résumées par Sokoloff ou Graf. Nous en avons complété plusieurs.*

1. BLASIUS, 1848. — Femme de 40 ans ; paralysie incomplète et troubles de la sensibilité des extrémités, un jour brûlure au 2^e degré du *coude droit* sans douleur ; luxation de l'avant-bras droit avec craquements. Résection de l'extrémité humérale sortie par la plaie.

2. STEUDENER, 1867. — (Cas diagnostiqué, lèpre). A l'autopsie : syringomyélie de la moelle allongée au renflement lombaire. Femme de 35 ans. Depuis plusieurs années panaris avec élimination de séquestres et destruction des phalanges. Enflure rapide de l'articulation du *poignet droit*. Une incision donne issue à du pus.

Fracture spontanée du cubitus droit puis de l'humérus du même côté et luxation du radius.

Mort par pyohémie.

3. LANGHANS, 1875. — Homme de 40 ans. Syringomyélie, constatée à l'autopsie ; pris pour une lèpre anesthésique et mutilante. Dans l'espace de 2 ans perte de plusieurs phalanges aux deux mains avec panaris indolore.

Suppuration du poignet droit.

4. STRUMPELL, 1880. — Homme de 35 ans. A l'âge de 17 ans chute sur le côté droit. Aussitôt fortes douleurs dans la *hanche droite* pendant 9 mois ; ces douleurs disparurent alors pour revenir de temps en temps dans la suite. Malgré le repos permanent au lit, ces douleurs articulaires sont devenues presque intolérables depuis 1877. Enflure et rougeur au pourtour de la 4^e articulation *métacarpo-phalangienne* de la main droite, qui envahirent ensuite le *poignet*. 3 semaines plus tard tuméfaction inflammatoire de l'*articulation tibio-tarsienne* droite, particulièrement vers la malléole externe. Diagnostic, paralysie spinale spastique. Autopsie : syringomyélie depuis la moelle allongée jusqu'au renflement lombaire.

5. SCHULTZE, 1882. — Homme de 49 ans, arthropathie de la hanche gauche rappelant l'arthrite déformante.

6. BERNHARDT, 1884. — Homme de 19 ans, fracture de l'extrémité supérieure du *cubitus droit*.

Luxation récidivante de la tête du radius droit.

7. REMAK, 1884. — Homme de 40 ans. Plusieurs grosses bulles au niveau de l'épaule gauche, puis ulcère profond.

Plusieurs enflures très douloureuses de l'articulation de l'épaule gauche après guérison de l'ulcère. Crépitation.

8. CZERNY, 1886. — I. — Homme de 40 ans. Crépitation à l'épaule gauche (sublimation) ; détachement de la tête humérale.

Pas de douleurs.

Résection de la tête humérale très diminuée de volume et privée de cartilages.

9. CZERNY. — II. — Homme de 40 ans. Depuis 3 ans inflammation indolore du petit doigt gauche. Enflure du *coude gauche* avec formation de nombreux abcès. Pas de douleurs ; ouverture du foyer ; olécrâne déplacé en haut. Condyle ext. de l'humérus fortement élargi. Mouvements de latéralité « Schlotter Gelenk ».

Résection sans anesthésie.

10. CZERNY. — III. — Homme de 34 ans. Sans cause apparente, cuisson et abcès au niveau du *poignet gauche* sans douleurs vives ; luxation de la main par destruction ligamenteuse à tel point que l'extrémité inférieure du cubitus faisait saillie à travers une ouverture de la peau. Forte tuméfaction de tout l'avant-bras gauche.

40° malgré l'amputation du bras ; mort par pyohémie. Autopsie : syringomyélie de la partie inférieure de la moelle cervicale et de la partie supérieure de la moelle dorsale.

11. OBS. DE MORVAN, 1887. — Obs. XVI. Joséphine V..., 45 ans.

Les mouvements d'élévation du bras *droit* sont impossibles sans le secours de la main gauche, non par suite d'un affaiblissement du deltoïde, mais par suite d'une luxation incomplète de l'épaule, la tête de l'humérus étant chassée en avant sous l'apophyse coracoïde. Et, la preuve qu'il en est ainsi, c'est que la tête de l'humérus étant repoussée en arrière et remise en place, la malade élève et abaisse le bras plusieurs fois de suite sans le secours de l'autre bras.

La réduction était des plus faciles, malheureusement la subluxation se reproduisait avec la même facilité, et l'impuissance dans les mouvements de l'épaule reparait aussitôt.

La déformation, la dépression de l'épaule était peu marquée ; pas de rugosités à la tête de l'humérus, qui était lisse et arrondie ; pas de craquements dans les mouvements qu'on lui imprimait.

Outre la parésie, il existait de l'analgésie aux deux membres thoraciques à partir du coude.

Incomplète à la partie supérieure de l'avant-bras, l'analgésie s'accroît de plus en plus en descendant de façon à être complète au bas de l'avant-bras et à la main. Le pouce droit seul fait exception, il y existe encore une sorte de sensibilité.

Le début du mal, qui est évidemment un cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures, ne s'est pas accompagné de douleurs névralgiques.

Il ne s'en est produit et ne s'en produit jamais à gauche ; il en est autrement à *droite* où des élancements douloureux ont lieu fréquemment à la partie interne du *coude*.

L'apparition à date si rapprochée de ces deux arthropathies était faite pour attirer mon attention, et je me rappelai que dans mes précédents mémoires j'avais déjà mentionné, mais sans y attacher d'importance, deux cas d'arthropathie.

12. Obs. VII. — Homme de 43 ans. Le *pied droit* est renversé comme le pied-bot valgus ; on comprend qu'il puisse à peine marcher.

13. Obs. V. — Hét., homme de 35 ans. Le mouvement d'élévation du bras n'est guère possible ; qu'il soit volontaire ou imprimé, il atteint difficilement à l'horizontale ; cela tient à une subluxation de l'épaule en avant, absolument comme chez le sujet de l'observation XVI.

L'*épaule gauche* est déformée, elle offre une certaine dépression ; la tête de l'humérus, sans avoir quitté complètement l'articulation, fait saillie en avant. En pressant dessus, on la remet en place, et aussitôt le malade obtient les mouvements d'élévation qui lui étaient refusés jusque-là. J'en obtiens autant, mais je constate un peu de raideur articulaire.

Les muscles de l'épaule et du bras ont conservé leur volume et leur énergie. La subluxation seule en entravait l'exercice.

Je ne rencontre ni rugosités sur la tête de l'humérus, ni craquement à sa rentrée dans l'articulation, qui se fait sans le moindre effort.

A la vérité, la luxation se produit aussitôt avec la même facilité.

Evidemment il y a un grand relâchement de la capsule, et probablement une certaine usure du rebord antérieur de la cavité glénoïde.

L'embarras de l'épaule, suivant H..., remonterait à 2 ans.

14. Obs. VI. — Oguer., homme de 47 ans.

J'arriverai tout de suite à l'arthropathie dont l'*épaule droite* est atteinte. Celle-ci est autrement développée que l'épaule gauche, dont elle a presque deux fois le volume. Elle n'offre d'ailleurs, malgré la tuméfaction dont elle est le

siège, ni rougeur, ni douleur à la pression. J'y remarque les particularités suivantes :

1^o L'articulation claviculo-acromiale est détruite ; les ligaments, s'il en existe, sont tellement relâchés, qu'il y a entre l'extrémité externe de la clavicule et l'acromion un écart de 2, 3 et même 4 centimètres, suivant les mouvements qu'on imprime à la clavicule et à l'omoplate ;

2^o Les ligaments claviculo-coracoïdiens sont eux-mêmes relâchés ou détruits de façon à permettre la plus grande mobilité à l'extrémité externe de la clavicule qui se relève et fait saillie sous la peau ;

3^o On rencontre sous la clavicule, à l'endroit où doit être l'apophyse coracoïde, une tumeur osseuse arrondie, un peu rugueuse, s'avancant vers la cavité glénoïde et donnant par son volume l'idée de la tête de l'humérus qui se serait ankylosée. Cette tumeur en effet n'a pas la mobilité de la clavicule ; elle ne se déplace que dans les mouvements imprimés au scapulum. J'avoue que ce fut ma première impression. Mais je dus y renoncer quand, en poursuivant mes investigations, je trouvai la tête de l'humérus dans l'aisselle. Dès lors, la tumeur en question ne pouvait être qu'une ostéophyte ;

4^o Il y a une luxation complète de l'épaule. La tête de l'humérus, qui jouit de la plus grande mobilité, se déplace suivant les mouvements communiqués au bras et vient se présenter ou dans l'aisselle ou sous la tumeur qui correspond à l'apophyse coracoïde ou même en avant de cette tumeur.

Quand, par exemple, empoignant le coude et le portant en arrière, on lui imprime un mouvement de bas en haut, la tête arrondie de l'humérus fait saillie sous la peau ; on la sent dans la fosse rétro-claviculaire, émaciée, profonde, comme si on l'avait dans la main.

Quelle que soit la mobilité de la tête de l'humérus dans l'aisselle, les mouvements du bras, volontaires ou communiqués, sont assez limités.

Les mouvements d'élévation n'arrivent pas à l'horizontale ; ils sont arrêtés par l'ostéophyte mentionnée plus haut, sur laquelle vient butter l'humérus.

La luxation se réduit sans grand effort ; il suffit d'insister quelque peu en appuyant sur la tête de l'humérus pour rentrer dans la cavité glénoïde, mais elle se reproduit dès que cesse la pression de la main. Les mouvements de réduction s'accompagnent de bruits de frottement, de craquements très manifestes.

A quelle époque remonte l'arthrophathie de l'épaule ? Il me serait impossible de le dire. J'avais examiné O... à fond en 1881, et j'avais constaté vers le tiers supérieur de l'humérus droit la présence d'une longue cicatrice adhérente à l'os. Si le gonflement de l'épaule avait existé alors, il n'aurait pu échapper à mon examen. Depuis, il est vrai, j'ai eu occasion de revoir O... à diverses reprises, mais toujours pour des accidents du côté des mains, et mon investigation n'allait jamais jusqu'à l'épaule où on ne me signalait rien de nouveau.

15. Obs. XVII. — Le G... (Paul) 53 ans. Au moment de notre examen, la main *droite*, qui est largement étalée, est le siège d'un engorgement dur qui remonte jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. Les muscles interosseux et ceux des éminences thénar et hypothénar sont atrophiées d'une manière marquée. L'analgésie, constatée à la piqûre de l'épingle, est incomplète à la paume et au dos de la main ; elle n'est complète qu'aux doigts. L'index est déformé, il porte les traces de son ancien panaris ; le pouce offre des callosités à la face palmaire et au pli de la base une gerçure en voie de cicatrisation.

Ni parésie ni analgésie au-dessus de la main ; les muscles de l'avant-bras et du bras ont conservé leur force et leur développement. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont conservés, excepté à l'index qui reste toujours dans l'extension ; il en est de même des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Mais ceux de l'épaule sont bornés. Bien que le deltoïde ne soit nullement atrophié, les mouvements d'élévation, volontaires ou imprimés, ne vont pas au delà de l'horizontale. Cela tient à l'existence d'une arthrite sèche qu'accusent la raideur de l'articulation et les craquements déterminés par les mouvements de l'épaule. L'épaule n'est pas sensiblement déformée, pas de tuméfaction. Cependant, quand on porte le coude en arrière, la tête de l'humérus fait une saillie en avant plus prononcée à droite qu'à gauche.

On ne peut pas dire encore qu'il y ait subluxation, mais évidemment la capsule est relâchée et il y a tendance à la luxation.

Le malade ne peut préciser l'époque où l'épaule s'est prise. Il sait seulement que depuis quelques années il a au bras des douleurs dont le point de départ est à l'épaule et qu'exaspèrent les changements de temps.

16. Obs. de M. le Dr PROUFF, 1887. — Catherine Poup., 56 ans, célibataire.

Sensibilité. — La sensibilité à la piqûre est abolie aux deux avant-bras jusqu'à 5 ou 6 centimètres du coude.

Abolie aussi la sensibilité thermique. Catherine Poup., joue impunément avec le feu et l'eau bouillante. Le froid cyanose les mains, mais n'est pas senti.

En examinant notre malade avec nous en octobre 1886, M. Morvan remarqua qu'elle avait l'articulation scapulo-humérale droite atteinte d'arthrite sèche caractérisée par un gonflement notable de la région, l'existence d'hyarthrose et de craquements articulaires et le peu d'étendue des mouvements volontaires ou imprimés. Fait remarquable, le deltoïde et les autres muscles péri-articulaires ne sont nullement atrophiés. Les douleurs du bras peuvent être attribuées à cette arthrite.

17. BLOCQ, BERBEZ, 1887. — Maladie du *coude gauche* avec un grand nombre de corps étrangers pédiculisés ou libres. Perforation de la vessie au niveau de la paroi postérieure. Muqueuse vésicale fongueuse avec plusieurs ulcérations. Néphrite suppurée.

1882. — Début par des douleurs très vives sans rougeur de la peau et sans élévation de température du genou *gauche*. Ces douleurs ne peuvent être rapportées ni à un coup ni à un refroidissement ; le malade les a ressenties pour la première fois après une journée de travail dans les champs.

Les douleurs étaient continuelles, s'accompagnaient d'élancements fort pénibles et n'étaient ressenties que sur la face interne du genou.

Les mouvements les exagéraient d'une façon très notable. Il paraît que dès cette époque la jointure était le siège de craquements perceptibles à distance.

Le repos amenait un soulagement très notable, mais à peine le malade reprenait-il l'attitude verticale que les douleurs revenaient.

Pas de blennorrhagie.

Douleurs des reins ; pas de douleurs fulgurantes dans les jambes.

Le coude gauche s'est pris en avril 1884. A cette époque, le malade remarqua sur le côté externe de l'articulation une petite tumeur qui alla sans cesse en grandissant, tout en restant mobile et en continuant à rouler sur les parties profondes. En même temps, l'avant-bras et la main devenaient faibles de jour en jour. Peu à peu l'articulation a augmenté de volume ; elle est devenue énorme ; le malade s'en est servi de moins en moins.

1885, 22 juin. — *Coude gauche* augmenté de volume ; la tuméfaction assez régulièrement ovoïde occupe la partie moyenne de l'articulation et ne remonte qu'à 12 centimètres au-dessus de l'interligne, en bas elle descend à 6 centimètres au-dessous de l'articulation ; l'avant-bras a subi une atrophie notable.

Deux grosses saillies correspondent à l'épicondyle et à l'épitrôchlée ; c'est dans la supination qu'elles apparaissent le mieux.

La saillie épicondylienne est mobile ; l'épitrôchlée ne l'est pas.

L'extrémité inférieure de l'humérus présente sur sa face postérieure des rugosités peu marquées, qui vont à la rencontre d'un olécrâne volumineux, en forme de coin élargi, et qui s'insinue entre les deux saillies de l'humérus.

La peau n'a pas changé de couleur, on doit signaler cependant sur la face postérieure de l'article des *cicatrices*, que le malade attribue à des brûlures qu'il s'est faites en couchant sur des fours à chaux ; dans d'autres parties du corps, il présente en effet des cicatrices de brûlures très étendues.

Les mouvements sont relativement faciles ; certaine difficulté dans la flexion et l'extension.

Avant-bras gauche amaigri.

Epaississement considérable de la peau des mains. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité aux membres supérieurs.

Paraplégie spasmodique, plus marquée à gauche. Douleurs et craquements dans le genou.

18. SCHULTZE, 1888. — Homme de 41 ans. A l'âge de 33 ans, chute puis

douleur dans la région sus-claviculaire gauche. Puis craquements dans l'épaule.
Diagnostic clinique, syringomyélie.

19. ROTH, 1890. — Homme de 37 ans. Le coude gauche est fortement fléchi à 100°. Les mouvements sont limités, indolores, et accompagnés de crépitation. Les extrémités articulaires sont fortement épaissies et bosselées. 2 fistules par lesquels on arrive sur un séquestre. Pronation et supination normales.

20. OBS. de KARG, 1891. — H. Wolf, 38 ans. Début 1878 par incertitude dans la marche, principalement dans l'obscurité et douleurs vives dans les extrémités supérieures.

Puis troubles trophiques et faiblesse des mains ; 1880 panaris à main droite : indicateur puis 4^e doigt.

1883, chute sur l'épaule droite, où il ressentit des douleurs pendant 1 an, et panaris à main gauche.

1888, suppuration du *poignet droit*. Incision sans anesthésie. Guérison avec luxation et dislocation ; 1889, ulcération dans le dos.

Etat actuel. Scoliose.

Thermo-anesthésie aux mains, extrémités supérieures, cou, poitrine et dos.

Analgésie aux extrémités supérieures, mains, avant-bras, les extenseurs sont plus pris que les fléchisseurs.

21. OBS. II (1891). — J.-B. Pries, 43 ans.

1864. — Traumatisme indolore à la main droite.

1871. — Panaris.

1874. — Trouble de la marche principalement dans l'obscurité.

1885. — Le malade remarqua une petite pustule sur le côté extérieur du coude droit.

Trois semaines plus tard, enflure considérable de l'article, puis irruption spontanée de *sang* et de *pus* et issue des extrémités articulaires du bras et de l'avant-bras dépouillée de cartilage à travers la peau. On propose amputation du bras ; mais on fait simplement le traitement de la plaie.

Fistule persiste à la face dorsale, atrophie des muscles de main droite se développe entre temps.

Sensibilité tactile conservée.

Sensibilité thermique détruite aux extrémités supérieures droite et gauche avec des portions abdominales.

L'extrémité supérieure droite est complètement analgésique jusqu'au milieu du bras, de même la gauche.

22. J. HOFFMANN, 1891. — Homme de 37 ans. 1888, enflure et *suppuration* du *poignet gauche*. Les extrémités des os de l'avant-bras sont épaissies et douloureuses à la pression. Altérations profondes des doigts. Les dernières

phalanges manquent ou sont incomplètes. Ankylose des articulations inter-phalangiennes et métacarpo-phalangiennes.

23. SCHLESINGER, 1891. — Femme de 34 ans. Arthropathie des articulations des deux jambes après une chute dans l'eau. L'enflure dura un an. Bulles sur la première phalange du pouce droit. Atrophie musculaire au membre supérieur droit, puis au membre supérieur gauche.

Analgésie aux jambes, au tronc et aux bras. Thermo-anesthésie aux deux bras.

24. SOKOLOFF, 1892. — Femme de 40 ans. A plusieurs reprises sensations pénibles à l'épaule et au coude gauche. Enflure considérable de ces articulations après le traumatisme et après la disparition de l'enflure craquements et douleurs moindres. Thermo-anesthésie au coude et à l'épaule. Luxation de l'humérus gauche sous la clavicule. La tête humérale atrophiée se laisse facilement réduire puis luxer à nouveau. Mouvements passifs étendus (Schlotter gelenk). Le coude gauche est fléchi et forme un angle de 140°. Modifications considérables des extrémités articulaires, fracture de l'olécrâne. Mouvements anormaux possibles dans toutes les directions, crépitation douce. Aucun épanchement. *Poignet gauche* épaissi et capable de crépitation. Déformation et contracture des doigts. Résection de l'épaule et du coude en partie sans anesthésie.

25. SOKOLOFF. — Homme de 23 ans. Raccourcissement du pied gauche par suite d'un trauma dans l'enfance. 1887, luxation du *poignet droit*. Depuis 1889 tuméfaction indolore du *coude gauche* ; celui-ci est épaissi, saillant, fléchi à angle droit, fortement infiltré, couvert de plusieurs ulcérations de mauvais aspect. Mouvements passifs complètement libres, presque sans douleur avec crépitation osseuse. Luxation du *poignet droit* vers la face palmaire ; surface articulaire du cubitus épaissie. Scoliose dorsale droite et scoliose lombaire gauche. Résection : forte déformation de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde. Destruction du cartilage. Les extrémités articulaires sont en partie *atrophées* et en partie *hypertrophiées*.

26. SOKOLOFF. — Homme de 37 ans. 1883, enflure du *coude droit* ; 1885, enflure du coude gauche. Le malade se pique lui-même au coude gauche avec des ciseaux sans éprouver de douleur. *L'extrémité inférieure* de l'humérus est épaissie ainsi que l'olécrâne. Crépitation dans les mouvements de latéralité qui sont peu douloureux. Incision à cause d'une *élévation* de température de 40°, 1 avec frissons. On n'en retire pas de pus mais seulement une sérosité transparente légèrement sanguinolente. On trouve l'extrémité supérieure du cubitus épaissie, l'olécrâne déplacé en haut et entouré d'une couche considérable de tissu conjonctif. L'extrémité inférieure de l'humérus et la tête du radius sont privées de cartilage.

27. NISSEN (1892). — Homme de 27 ans. Depuis l'âge de 13 ans, incurvation de la colonne vertébrale. 1887, chute sur l'épaule gauche ; épanchement considérable avec douleurs insignifiantes. Etat actuel. Tuméfaction et fluctuation de l'épaule gauche. La tête humérale se laisse luxer en avant et en arrière avec craquements intenses. L'extrémité supérieure de l'humérus fait saillie. Aucune douleur à la pression ou pendant les mouvements passifs. Les mouvements actifs sont très pénibles. *Fistule* à la face antérieure du bras. La sonde arrive dans l'articulation en passant sous le biceps. Résection sans anesthésie. Quantité énorme de villosités ; atrophie de la tête, hypertrophie de la cavité articulaire.

28. Homme de 43 ans. En novembre 1891, sans provocation extérieure tuméfaction de l'épaule et du coude gauches. Gêne considérable dans le fonctionnement du membre à cause de douleurs intenses, au coude l'enflure a été graduelle. L'épaule gauche est distendue par du liquide. Les mouvements actifs sont très restreints. Les mouvements passifs sont faciles et permettent la luxation de l'humérus en avant sous l'apophyse coracoïde et en arrière sous le grand dorsal. Gros craquements. Au coude gauche, aucune modification appréciable. Les dernières phalanges sont raccourcies et élargies. Scoliose gauche de la colonne dorsale. Au-dessus et au-dessous scoliose compensatrice en sens opposé.

29. NISSEN. — Jardinier âgé de 53 ans. Depuis sa jeunesse rhagades et ulcérations fréquentes sur les doigts ayant amené leur déformation, raccourcissement et épaississement. 1888, chute d'une échelle de la hauteur de 10 à 12 pieds sur le coude droit. Celui-ci enfla et suppura, on dut inciser et drainer.

A la même époque le malade éprouvait à l'épaule gauche une gêne dans l'élévation du bras. L'avant-bras droit se fléchit à angle droit sur le bras. Les mouvements de flexion et d'extension très limités s'accompagnaient de crépitation. Les extrémités articulaires étaient épaissies et déformées. La pronation et la supination étaient impossibles. A l'épaule gauche fluctuation, luxation de la tête humérale en avant et en dedans ; celle-ci peut se déplacer aussi en arrière. Dans la cavité articulaire et au-dessus d'elle. Craquements pendant les mouvements. Les mouvements actifs sans rotation du scapulum ne sont possibles que dans une petite mesure. L'extrémité articulaire de l'humérus est notablement raréfiée.

30. GESSLER (1893). — H. B., âgé de 63 ans. En 1860, 1861, 1874 et 1886 survinrent à tous les doigts à l'exception du pouce droit, des panaris analogiques qui amenaient l'élimination de séquestres, la perte de certaines phalanges et l'ankylose de celles qui restaient. 1876, fracture indolore du pouce droit qui resta raide. En 1861, à la suite d'un léger traumatisme, luxation indolore du bras gauche. La tête de l'humérus s'est résorbée dans la suite.

31. WEIL (1893). — Cordonnier de 52 ans. Il y a déjà 30 ans, légères douleurs dans l'épaule gauche. Vers la même époque altération des phalanges.

En 1892, une nuit apparut subitement une enflure indolore de l'épaule gauche avec endolorissement du coude. Tumeur fluctuante grosse comme la tête d'un enfant à l'épaule gauche. Epaissement du bord externe du scapulum et de l'acromion. La tête humérale se laisse facilement luxer en avant sous l'apophyse coracoïde et en arrière sous le bord externe de l'omoplate en produisant des craquements. La tête et la cavité articulaire présentent des exostoses. Déformations des phalanges. Scoliose droite de la colonne dorsale.

32. OBS. DE GRAF (Résumées). — OBS. I. (1). — J. K., 38 ans. 1878, vertige. Engourdissement dans la jambe gauche. 1880, panaris à l'index droit qui plus tard fut amputé. Autres panaris à la main droite puis gauche (1881). Il y a 2 ans, enflure des 2 jambes. 1890, en élevant un fardeau craquement dans le coude droit, puis gonflement douloureux de l'articulation, qui augmente lentement jusqu'à présent.

Etat actuel : pouls lent (54), sans artério-sclérose, asymétrie faciale. Râles aux bases. Panaris et enflure des doigts. Le coude droit mesure 55 cent. de circonférence, peau infiltrée, une autre partie de la tumeur est formée par l'extrémité inférieure de l'humérus qui fait saillie en arrière ; une troisième correspond à l'extrémité du cubitus et est fluctuante. A la palpation on a une sensation de crépitation. Le cubitus est fortement épaissi, l'extrémité supérieure du radius également.

L'avant-bras peut s'étendre et se fléchir à 45° ; il n'est pas dans l'axe du bras. Pas de douleurs pendant l'exploration. La moitié gauche de la langue contractée est 2 fois aussi épaisse que la moitié droite. Scoliose. Réflexes patellaires exagérés. Examen de la sensibilité incomplet à cause de l'état intellectuel du malade.

33. OBS. II. — K. St., 20 ans. Il y a 4 ans chute sur le coude droit ; quelque temps après épaissement de l'avant-bras et du coude. Depuis 3 ans faiblesse du bras gauche puis de la jambe gauche. Etat actuel : scoliose avec légère cyphose. Tuméfaction du coude ; déformation des extrémités articulaires. Exostose d'une grosseur d'une bille de billard. Une production semblable d'une grosseur monstrueuse se trouve sur le cubitus, 3 doigts au-dessous de l'articulation.

La pronation et la supination sont presque impossibles. La flexion et l'extension ne sont pas empêchées, *mouvements de latéralité* possibles. Engorgements ganglionnaires. Contraction en flexion des 4^e et 5^e doigts de la main gauche. Atrophie des petits muscles de la main. Thermo-anesthésie aux 2 extrémités

(1) Nous empruntons ces observations à la *Revue Neurologique*, 1894. Analyse par P. Londe.

supérieures. La sensibilité à la température est presque *abolie à l'avant-bras droit* et seulement diminuée à l'avant-bras gauche. La sensibilité tactile n'est pas atteinte. Aux jambes la sensibilité à la température est également intacte.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital violente chute sur l'épaule gauche sans douleur.

34. OBS. III. — A. S. 17 ans, à l'âge de 9 ans, chute sur le *genou gauche* pas très douloureuse. Bientôt après gonflement considérable de cette articulation. Disparition du gonflement et des douleurs ces quelques jours ; mais persistance d'un craquement articulaire assez bruyant pour l'entendre à distance. A 9 ans, sans raison cette fois tuméfaction du même genou avec formation d'une exostose qui subit une nouvelle poussée quelque temps après. Puis deuxième chute sur le pied gauche et épanchement articulaire. Depuis épaissement de ce même pied, et formation d'un pied plat. Pendant cette période aucune douleur ni au genou ni au pied. Faiblesse de la jambe gauche. Etat actuel, épanchement du genou gauche. Exostose sur le tibia en arrière, grosse comme une noix. Cuisse gauche atrophiée. Pied plat valgus, malléole externe épaissie ; sous la malléole interne exostose grosse comme une petite noisette. Réflexe patellaire augmenté surtout à *gauche*. Scoliose.

Sensibilité tactile normale. Sensibilité à la température est fortement atteinte aux deux jambes et aux deux pieds, mais pas au genou gauche non plus qu'à la cuisse et aux extrémités supérieures. Sensation de chaleur au genou gauche.

35. OBS. IV. — M. K. 48 ans. Il y a 22 ans pour la première fois la malade ressentit des élancements sans grande douleur à l'avant-bras gauche et aux doigts de la main gauche et en même temps de la faiblesse du bras. 1 ou 2 ans plus tard mêmes phénomènes à l'extrémité supérieure droite. A cette époque elle pouvait déjà saisir des charbons ardents.

Il y a 9 ans en levant et tordant son linge elle éprouva un craquement à *l'épaule droite*. Tout le membre supérieur droit enfla jusqu'aux doigts. Une fois l'enflure disparue elle ne pouvait élever le bras que jusqu'à l'horizontale. Panaris analgésique à droite l'année dernière. Amputations sans douleur. Depuis 10 ans, démarche incertaine. Il y a 4 ans sans cause sérieuse, enflure de *l'épaule* et du *bras gauche* suivie d'impotence.

Il y a 3 mois ulcération spontanée dans le dos. Depuis quelques années diminution de l'acuité visuelle. Etat actuel : scoliose. Saillie de l'acromion droit, deltoïde atrophié. Craquements articulaires. Membre supérieur droit atrophié des deux côtés. Secousses fébrillaires. Diminution de la sensibilité au contact et à la piqûre, plus forte au bras droit qu'au bras gauche. *Sensibilité à la douleur* abolie aux deux bras et à l'épaule droite. Sensibilité à la température très defectueuse. Aux extrémités supérieures sensibilité à la douleur intacte. Réflexe patellaire exagéré. Réflexes tendineux absents à l'avant-bras.

2° Les observations suivantes ne se trouvent ni dans le mémoire de Sokoloff, ni dans le mémoire de Graf.

Nous ne faisons que signaler les observations de Déjerine et de Parmentier dans lesquelles il y a peu de renseignements sur l'arthropathie elle-même.

36 (1889). DÉJERINE. — Gonflement des extrémités inférieures du radius et du cubitus (Thèse de Bruhl).

37 (1892). PARMENTIER. — Arthropathie du genou (Thèse de Critzmann).

M. J. Hoffmann dans son *mémoire sur la syringomyélie* cite 3 observations d'arthropathies syringomyéliques : ce sont les observations XI, XII, XIV de son travail.

Nous les résumons ainsi :

38. OBS. XI. — Seul antécédent, note érysipèle, il y a 4 ans. Début il y a 30 ans par engourdissement et faiblesse du bras gauche avec diminution de la sensibilité à la douleur et à la température. Bulles et rhagades à la main gauche. Douleur à la nuque. En 1890, arthropathie de l'épaule gauche. Atrophie du bras gauche plus marquée à la main et à ses fléchisseurs. Faible degré des mains en griffe. Atrophie de l'éminence thénar. Contractions fibrillaires dans le biceps deltoïde, long supinateur. Pas de réflexes tendineux au bras gauche. Réflexe tendineux de la jambe gauche exagéré.

39. OBS. XII. — Il y a 8 ans poussées très douloureuses. A la suite d'une chute il y a 8 ans, luxation de l'épaule. Il y a 4 ans, névroses et rhagades aux deux mains. En 1890, gonflement du poignet gauche à la suite d'une chute, mais 3 ou 4 jours après, et sans douleur ni inflammation. Phlegmon de la main droite. Inégalité pupillaire. Exagération du réflexe massétérien. Scoliose aux deux mains, rhagades. Ankylose des articulations des doigts. Hydarthrose du poignet gauche. Épaississement de gaines tendineuses.

Atrophie du bras gauche, atrophie des petits muscles de la main et position en flexion des 4^e et 5^e doigts à gauche. Le médian n'est pas excitable au poignet vraisemblablement à cause de l'affection du poignet. Dissociation de la sensibilité sur la partie droite du cou et du tronc, et sur le bras droit. Réflexes tendineux exagérés à la jambe.

40. OBS. XIV. — Mutilations des doigts de la main droite avec arthropathie du poignet droit. Atrophie musculaire. Hypo-algésie. Exagération des réflexes tendineux des jambes. Syringomyélie. Tuberculose.

Valentin Heid., âge de 39 ans, journalier à Heidelberg, se présenta à l'examen le 16 juin 1890 à la polyclinique médicale.

Outre une tuberculose pulmonaire et intestinale on constatait l'état suivant : A plusieurs doigts de la main droite il y avait des pertes de substance, à la main

gauche existaient des déformations ; au commencement de l'avant-bras il y avait une vieille cicatrice qui avait résulté d'une *ulcération survenue spontanément*. Le corps droit est déformé presque *depuis 13 ans*, époque du début de la maladie. A cause de cette déformation et de la sensibilité défectueuse de la main, la préhension était entravée. Les muscles sous-épineux et deltoïde sont atrophiés. La force brute des fléchisseurs du bras est faible malgré la forte saillie de la portion charnue ; il en est de même pour les mêmes muscles de l'avant-bras du côté droit. L'hypothénar des deux côtés est flasque ; tandis que la sensibilité au toucher paraît normale, la *sensibilité à la douleur* particulièrement vers la fin des extrémités supérieures est fortement diminuée. *La sensibilité à la température* est douteuse ; aucun trouble d'incoordination.

La sensibilité à la douleur et à la température est normale aux jambes. Réflexes *patellaires exagérés*, clonus du pied.

41. OBS. de LLOYD. — Arthropathie de la hanche droite. Epaissement gonflement marqué au début. Pas de troubles à la sensibilité superposés à l'arthropathie.

42. OBS. de SONNENBURG. — Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, atteint de démence sénile, sur les antécédents duquel on ne peut avoir de renseignements. Il ne présente pas de symptômes tabétiques, mais la sensibilité thermique et douloureuse est *diminuée à l'extrémité supérieure gauche*. La thermo-anesthésie s'étend également sur une partie du cou et de la cage thoracique. La sensibilité au tact et à la pression paraissent normales. *L'épaule gauche* est aplatie et abaissée ; les muscles de l'extrémité supérieure gauche et surtout du bras sont très atrophiés ; ceux de l'omoplate sont moins atteints. La cavité articulaire de l'omoplate paraît vide ; l'acromion est plus court et abaissé ; la tête humérale a perdu sa forme caractéristique, elle est déformée, *atrophiée* et présente des altérations analogues à celles trouvées par l'auteur dans un cas de tabes.

Les mouvements actifs de l'épaule sont très diminués et les mouvements passifs sont possibles dans toutes les directions. Il n'existe pas d'ostéophytes, ni dans la capsule articulaire, ni dans les tendons. Les articulations des doigts semblent avoir des capsules très larges, ce qui permet des mouvements exagérés. Il s'agit donc d'une arthropathie relevant d'une syringomyélie, étant données l'amyotrophie et la thermo-anesthésie.

L'auteur remarque que ce genre d'arthropathies affecte surtout les extrémités supérieures. L'arthropathie de la syringomyélie, de même que celle du tabes, constituent une classe à part qui n'a rien à voir avec l'arthrite déformante. L'arthropathie syringomyélique se développe habituellement d'une façon subite, sans fièvre, ni douleurs ; il y a cependant du gonflement articulaire, des luxations et des néoformations ostéophytiques. On peut distinguer deux variétés : l'une, atrophique, rare ; l'autre, hypertrophique, plus fréquente.

L'arthropathie syringomyélique atteint de préférence l'épaule et le coude (1).

43. OBS. de J. M. CHARCOT (Résumée). — Jules Daum., âgé de 32 ans, boucher.

Son père et sa mère qui tenaient un café en province étaient paraît-il alcooliques. Le malade, lui, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, il n'a pas eu la syphilis, il n'est pas rhumatisant. Voici quelle est l'histoire de sa maladie :

Il y a 7 ans (il était alors âgé de 25 ans), il fut pris subitement et dans un état de santé en apparence parfaite d'une hyperesthésie des talons telle que la plus légère pression exercée en ces points provoquait des douleurs insupportables. Le stationnement debout lui était donc impossible. Couché, il ne souffrait nullement. Cette hyperesthésie persista pendant quelques jours et disparut. Mais à ce moment le malade commença à ressentir, dans les articulations des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, aux cous-de-pied, dans les genoux, les hanches, les épaules, etc., des douleurs très aiguës, rapides, lancinantes, qui lui arrachaient des cris par leur violence et leur brusquerie. Ces douleurs étaient toutes spontanées. Elles n'étaient ni provoquées, ni influencées par les mouvements imprimés aux jointures, non plus que par la pression, et le malade pouvait mouvoir ses membres sans aucune difficulté. Elles survenaient en effet sous forme de *crises* de durée variable, tantôt dans une *articulation*, tantôt dans une autre, et jamais (le malade est très affirmatif sur ce point), dans le corps des membres, ni dans le tronc, ni à la tête. Remarquez qu'il n'y avait aucun gonflement des jointures où siégeaient les douleurs, pas de fièvre, pas de modifications de l'état général. Cette crise dura 3 mois. Depuis cette époque, le malade n'a pas cessé d'éprouver, de temps à autre, des douleurs de caractère fulgurant, mais isolées et pour ainsi dire discrètes, toujours au niveau des jointures.

En mai 1892, 7 ans après la première grande crise, éclata un nouvel accès de douleurs aiguës. C'est au début de cette dernière crise que le malade éprouva un jour, tandis qu'il travaillait, un vague sentiment de gêne dans le poignet droit. Il y porta son regard et remarqua non sans surprise, car il n'avait précisément pas souffert dans cette articulation, que *le poignet* était tuméfié. Le gonflement gardait un peu l'empreinte des doigts, mais la pression n'y était pas douloureuse. Il cessa de travailler. Un mois après le médecin qui lui donnait des soins s'aperçut que l'*épaule droite* était considérablement tuméfiée. Le gonflement de l'épaule s'était produit comme celui du poignet, sans aucune douleur. Il y avait un peu d'œdème autour de la jointure. Au bout d'un laps de temps

(1) Un cas d'arthropathie de l'épaule dans la syringomyélie (Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenks bei Gliomatose des Rückenmarcks), par Sonnenburg. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1893, n° 48, p. 1161. Analysé par G. Marinesco, *Revue neurologique*, 1894, n° 2.

que le malade ne peut préciser, l'infiltration des parties molles périarticulaires s'est effacée. Mais les articulations intéressées (le poignet et l'épaule) se sont déformées peu à peu. Voici ce que l'on peut constater actuellement.

Le *poignet* présente une déformation considérable. Il y a une subluxation du carpe vers la face antérieure des os de l'avant-bras. On peut réduire cette luxation en tirant fortement sur la main du malade et cela sans provoquer aucune réaction douloureuse. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume. On perçoit à ce niveau des craquements. Les parties molles sont en état normal.

Ces mêmes craquements on les perçoit aussi au niveau de l'épaule droite. Cette articulation est également déformée ; elle est d'une mobilité excessive ; l'extrémité humérale est en quelque sorte flottante, et l'on peut aisément la luxer sous l'apophyse coracoïde. L'articulation du coude n'est pas atteinte. Les surfaces articulaires ont conservé ici leurs rapports normaux. Mais par la palpation on découvre, dans le voisinage de cette jointure, deux *corps étrangers de consistance osseuse*, l'un paraît situé au-dessus du bec de l'olécrâne dans le tendon du triceps ; il est indépendant des extrémités articulaires et parfaitement mobiles dans tous les sens ; l'autre le plus volumineux, siège manifestement dans l'épaisseur du muscle triceps ; de forme allongée, il mesure 5 centimètres en longueur sur 4 centimètres en largeur.

Troubles de la sensibilité : à la main droite, aux doigts et sur la face antérieure de l'épaule droite la sensibilité à la douleur et à la température est abolie, quoique le tact soit conservé.

Parfois, bulles sur la face dorsale de la main du malade.

Atrophie des muscles de l'épaule droite avec contractions fibrillaires. Réflexes rotuliens normaux. Pas de troubles vésicaux ; pas de signe de Romberg ; pas de troubles pupillaires ; pas de paralysie oculaire, nystagmus.

(*Note personnelle*). Depuis que l'observation précédente a été publiée, il ne s'est pas produit de modification notable dans l'état du malade. Ce qu'on peut dire c'est que la plaque d'analgésie et de thermo-anesthésie de la main droite a diminué. Celle de l'épaule n'a pas varié, elle aurait plutôt augmenté d'étendue. D'autre part, il s'est produit une très légère scoliose. Enfin de temps en temps le malade éprouve des douleurs dans l'épaule droite.

L'impotence dit le malade varie d'un jour à l'autre. Il est gêné non seulement de l'épaule et du poignet mais aussi du coude en ce sens que les plaques osseuses diminuent de beaucoup la force du mouvement d'extension.

44. (1) Observation de J.-B. Charcot. La première partie de l'observation se trouve dans la thèse de Critzmann (Obs. II, Mme Delar..., 54 ans).

(1) Nous remercions vivement MM. Souques et Charcot de nous avoir facilité l'examen de leurs malades.

Au mois d'août 1892, elle fit une chute légère sur le côté gauche (côté atrophié) et, en se retournant par terre pour pouvoir se relever, elle éprouva dans l'épaule droite une assez vive douleur. Elle continua néanmoins à se servir de son bras, mais cependant moins facilement qu'auparavant ; les mouvements étaient plus limités et elle ne pouvait porter sa main sur sa tête. Elle resta ainsi sans d'autres soins que des frictions, qu'elle se faisait elle-même, avec du baume de Fioravanti, pendant une vingtaine de jours. Au bout de ce temps, l'épaule grossissant considérablement et les mouvements devenant plus difficiles, elle se résout à demander l'interne de garde ; celui-ci constata une *hydarthrose* de l'articulation scapulo-humérale, en même temps qu'une luxation de l'humérus, et fit entrer la malade en chirurgie. L'hydarthrose fut alors *puncturée* avec l'aide de l'appareil Dieulafoy et un demi-litre de liquide légèrement trouble, très coulant (?), retiré. La luxation fut ensuite très facilement réduite et maintenue par un appareil. On l'enleva quinze jours après ; mais au premier mouvement de la malade, la luxation se reproduisit et n'a jamais pu être réduite d'une façon permanente depuis, quoi que le bras, après cette première tentative, ait été maintenu pendant plus d'un mois dans l'immobilité. Au dire de la malade, la seule différence entre l'état d'alors et l'état actuel est que les craquements étaient moins prononcés.

Actuellement. — L'épaule droite présente un aspect *volumineux* et globuleux ; la peau n'est cependant point tendue, elle est d'apparence normale, sans trace d'œdème. (La comparaison avec l'autre côté est impossible, à cause de l'atrophie de l'épaule gauche). L'épaule a des dimensions beaucoup plus grandes que celles qui seraient dues à la saillie d'un deltoïde normal chez une femme de sa force et de sa taille ; l'axe antéro-postérieur est surtout augmenté. Au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde, existe une dépression très sensible à la palpation.

Mouvements volontaires. — La malade ne peut mettre sa main sur sa tête. Elle éprouve une grande difficulté à porter son bras horizontalement en avant et ne peut l'y maintenir. Elle porte facilement le bras dans l'abduction, mais ne peut lui faire dépasser l'horizontale ; dans ce dernier mouvement, l'aspect globuleux de la région deltoïdienne augmente.

Mouvements provoqués. — Tous les mouvements peuvent être provoqués et même exagérés. Ces mouvements, de même que les mouvements volontaires, s'accompagnent de *craquements* très étendus et très nettement perçus.

Par la palpation, on constate une légère distension de la cavité synoviale, sans fluctuation nette. La tête de l'humérus, que l'on peut promener dans tous les sens, est *très atrophiée et déformée* ; en la faisant glisser sur la cavité glénoïde, celle-ci semble également usée, mais peut être élargie. On peut produire, sans la moindre difficulté, la luxation en avant, en arrière et en bas ; la tête, ou plutôt ce qui reste de la tête de l'humérus est absolument libre.

La douleur n'a jamais été très violente dans cette articulation ; elle existe cependant par moments, surtout lors des mouvements, mais elle est très passagère et très supportable. Ce sont surtout les craquements très prononcés qui gênent et agacent la malade.

Sensibilité cutanée. — *Dissociation de la sensibilité limitée* à la région deltoïdienne, allant en diminuant jusque vers le milieu du bras. Soit dans cette région ; sensations de contact, de frôlement, de toucher, très nettes ; la malade distingue même le volume de l'objet qui la touche (extrémité de porte-plume, pointe d'épingle) ; aucune sensation de douleur (piqûre, pincement), de froid ni de chaud n'est perçue. Pendant cet examen, la malade est étonnée, car elle se souvient parfaitement que dans les examens antérieurs, elle ne présentait aucun trouble de sensibilité à ce niveau. Dans le reste du membre supérieur droit, la partie moyenne du bras est normale, mais l'avant-bras et la main présentent de la dissociation.

(*Note personnelle*). L'état de cette malade paraît s'être légèrement modifié dans ces derniers temps. L'analgésie a tout au moins diminué au niveau de l'épaule, ainsi que la thermo-anesthésie. Elle se plaint beaucoup de son articulation, elle y éprouve de temps en temps des douleurs spontanées assez vives, et pendant les mouvements provoqués un peu forcés, il est facile aussi de provoquer de la douleur.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la thèse,
A. JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. P. Moisson à Chaumont.
